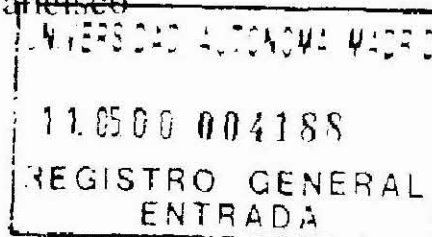


ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS: SOBRE LA DISOCIACIÓN Y EL TRAUMA

Eva María Icarán Francisco



Directores:

Dr. Francisco Orengo García. *Médico psiquiatra del Hospital General y Universitario "Gregorio Marañón". Profesor asociado. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.*

Dr. Roberto Colom Marañón. *Profesor titular de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.*

Memoria presentada para optar al grado de Doctor en Psicología por la
Universidad Autónoma de Madrid

Madrid, 2000

leg f 26872

*Al profesor Dr. Francisco Rodríguez Sambrá,
in memoriam*

AGRADECIMIENTOS

Los manuales británicos sobre "estilo", ponen de manifiesto que en la redacción final de una tesis doctoral, deben citarse en los agradecimientos tan sólo aquellos organismos o instituciones que han financiado la investigación que se presenta. Por tanto, vaya en primer lugar mi agradecimiento a la Universidad Autónoma de Madrid por la beca de tercer ciclo de la que disfruté durante dos años y que me permitió centrarme en gran parte del trabajo que aquí se presenta.

Ahora bien, no sólo la financiación de la UAM ha propiciado el que por fin vea la luz esta tesis doctoral. Afortunadamente, mi carácter latino hace que sea consciente de la fortuna que he tenido al contar con la influencia de diferentes profesores que a lo largo de mi carrera y, en distintos momentos han estimulado mi curiosidad por sus respectivos campos de conocimiento. Esta curiosidad se ha plasmado en todos estos años en una clara vocación investigadora. Así, agradezco la influencia más temprana que tuve en este sentido, la del profesor Miguel A. Castellano Gil, de la Universidad de La Laguna y más tarde, en la Autónoma de Madrid, la del profesor Manuel de Juan Espinosa, cuya generosidad intelectual hizo que muy pronto me invitara a unirme a su equipo de investigación.

Al profesor Roberto Colom le agradezco de corazón el apoyo incondicional que me ha prestado durante los años que he tenido la suerte de contar con su amistad y sus sugerentes comentarios a lo largo de toda esta tesis. Este apoyo y su envidiable capacidad de análisis científico han sido un continuo aliciente para mí.

Agradezco muy especialmente a mi otro director de tesis, el Dr. Orengo García la confianza depositada en mí hace años y el enriquecimiento personal que me ha supuesto su profundo conocimiento de la psicopatología humana. Mi encuentro con él hizo que mi trayectoria diera un giro importante que me ha proporcionado grandes momentos de descubrimiento intelectual. Por todo esto y, sobre todo, por regalarme su amistad, gracias.

A mis compañeros de trabajo del Gabinete de Psicología Universitaria de la Universidad Europea de Madrid, y especialmente a mi directora y amiga, Magdalena Bonsón, les agradezco los buenos momentos que compartimos cada día y el apoyo en los momentos finales de esta tesis.

A mi familia y, especialmente a mis padres, les agradezco su amor incondicional, desde siempre.

A mi compañero Eduardo y a mi hija Eva Elena, les agradezco todo.

Gracias por fin, a mis queridos mellizos, que vienen de camino. Sin duda ellos han sido el verdadero disparador del empujón final de esta tesis.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
SINOPSIS.....	10
Capítulo 1. Acerca de la disociación.....	11
1.1 Introducción.....	11
1.2 Origen del término disociación.....	13
1.3 Declive y abandono temporal de la teoría de la disociación.....	21
1.4 Nuevas perspectivas de la disociación: teoría Neodisociativa.....	26
1.5 Dimensiones sociales y culturales de la disociación.....	31
Capítulo 2. Disociación y trauma.....	34
2.1 Definiendo el trauma.....	34
2.2 El abuso infantil.....	38
Consecuencias psicopatológicas del abuso infantil: una psicopatología evolutiva.....	43
2.3 Trauma y represión: el modelo explicativo de S. Freud.....	47
2.4 Trauma y disociación: el modelo explicativo de P. Janet.....	53
Capítulo 3. La disociación: un enfoque psicofisiológico.....	56
3.1 Introducción.....	56
3.2 Hemisfericidad cerebral, personalidad y psicopatología.....	58
3.3 Trastornos de conversión y lateralidad cerebral.....	65
3.4 Fenómenos de negación de déficits en pacientes neurológicos.....	74
3.4.1 Teorías biológicas-localizacionistas.....	77
3.4.2 Teorías psicológicas-motivacionistas.....	80
3.5 Disociación, trance e hipnosis: correlatos fisiológicos.....	82

3.5 Disociación, trance e hipnosis: correlatos fisiológicos.....	82
3.6 Conclusiones.....	89
Capítulo 4. Problemas de diagnóstico clínico: una clasificación conflictiva...	91
4.1 Problemas de diagnóstico en la práctica clínica.....	91
4.1.1 Breve perspectiva europea.....	93
4.1.2 Un lugar común: la esquizofrenia.....	100
4.2 Clasificación de los trastornos disociativos en distintos momentos: los sistemas DSM y CIE.....	104
Capítulo 5. Escala de Experiencias Disociativas (<i>Dissociative Experiences</i> <i>Scale-D.E.S.</i>): una forma estándar de medida.....	113
5.1 Presentación de la escala.....	113
5.2 Otros estudios realizados con la D.E.S.....	122
5.2.1 Estadísticos descriptivos.....	124
5.2.2 Datos sobre fiabilidad y validez.....	128
5.2.3 Evidencias obtenidas a través del análisis factorial.....	133
Capítulo 6. El análisis factorial y el constructo Disociación.....	143
6.1 Sobre los constructos y los rasgos en Psicología.....	143
6.2 Análisis comparativo de seis estudios factoriales realizados con la D.E.S.....	147
Capítulo 7. Primeros datos de validación de la D.E.S. en España.....	162
7.1 Primera fase: datos normativos.....	162
7.1.1 Introducción.....	162
7.1.2 Método.....	163
7.1.3 Resultados.....	166
7.1.4 Conclusiones.....	171
7.2 Segunda fase: un estudio de réplica en muestra no patológica.....	176
7.2.1 Introducción.....	176
7.2.2 Método.....	177
7.2.3 Resultados.....	178

7.2.4 Conclusiones.....	183
-------------------------	-----

Capítulo 8. Escala de Experiencias Disociativas: ¿un diagnóstico

diferencial?. Conclusiones y perspectivas de futuro.....	186
---	------------

REFERENCIAS.....	195
------------------	-----

ANEXOS.....	210
-------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1:	<i>Características funcionales de la asimetría cerebral.....</i>	59
Tabla 3.2:	<i>Distribución lateralizada de síntomas conversivos (1).....</i>	70
Tabla 3.3:	<i>Distribución lateralizada de síntomas conversivos (2).....</i>	71
Tabla 5.1:	<i>Muestra utilizada en el primer estudio publicado de la D.E.S.....</i>	116
Tabla 5.2:	<i>Datos obtenidos con la D.E.S. en el test de las dos mitades.....</i>	118
Tabla 5.3:	<i>Puntuaciones medianas de la D.E.S.....</i>	118
Tabla 5.4:	<i>Muestra utilizada en el primer estudio factorial de la D.E.S.....</i>	121
Tabla 5.5:	<i>Primer análisis factorial de la D.E.S. (Bernstein y Putnam, 1988)</i>	123
Tabla 5.6:	<i>Puntuaciones medias o medianas(*) de la D.E.S.....</i>	125
Tabla 5.7:	<i>Datos sobre fiabilidad de la D.E.S. (estabilidad y consistencia interna).....</i>	130
Tabla 5.8:	<i>Solución factorial de la D.E.S. (Bernstein y Putnam, 1988).....</i>	135
Tabla 5.9:	<i>Solución factorial de la D.E.S. (Ross y col., 1991).....</i>	136
Tabla 5.10:	<i>Solución factorial de la D.E.S. (Ray y Faith, 1995).....</i>	138
Tabla 5.11:	<i>Solución factorial de la D.E.S. para varones (Sanders y Green, 1994).....</i>	140
Tabla 5.12:	<i>Solución factorial de la D.E.S. para mujeres (Sanders y Green, 1994).....</i>	141
Tabla 7.1:	<i>Solución factorial original de la primera muestra normal (n=222).....</i>	169
Tabla 7.2:	<i>Solución factorial original de la segunda muestra normal (n=217).....</i>	181

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1: <i>Representación gráfica de la Disociación según P. Janet (1907)</i>	15
Figura 1.2: <i>Esquema de la síntesis psicológica de Pierre Janet (1925)</i>	19
Figura 1.3: <i>Modelo estructural de controles cognitivos de Hilgard (1977)</i>	30
Figura 2.1: <i>Iceberg del abuso infantil</i>	40
Figura 6.1: <i>Acuerdos y desacuerdos en la inclusión de ítems en seis estudios</i>	152
Figura 6.2: <i>Análisis comparativo de los seis estudios analizados</i>	159
Figura 7.1: <i>Análisis comparativo: muestra española y los seis estudios analizados</i>	171
Figura 7.2: <i>Comparación entre los dos resultados factoriales (Fase I y Fase II)</i>	183

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 6.1: <i>Denominación de los factores extraídos en seis estudios factoriales</i>	149
Cuadro 6.2: <i>Interpretación clínica de los ítems contenidos en la D.E.S.</i>	160

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.1:	<i>Nº de artículos sobre trast. de p. múltiple y disociación (1970-1990).....</i>	27
Gráfica 4.1:	<i>Agrupación de trastornos en el DSM-IV y en la CIE-10.....</i>	106
Gráfica 4.2:	<i>Evolución clasificatoria en la CIE-10 y el DSM-IV</i>	107
Gráfica 4.3:	<i>Trastornos disociativos y de conversión (DSM-IV y CIE-10).....</i>	108
Gráfica 4.4:	<i>Trastornos disociativos y somatomorfos en la CIE-10.....</i>	110
Gráfica 7.1:	<i>Patrones de respuesta en la D.E.S.: muestra normal vs. muestra esquizofrénica.</i>	166
Gráfica 7.2:	<i>Scree-test del análisis factorial de la muestra nº1 (n=222).....</i>	168
Gráfica 7.3:	<i>Patrón de respuestas en la D.E.S. de la segunda muestra normal (n=217).....</i>	179
Gráfica 7.4:	<i>Patrones de respuesta comparados entre las muestras normales 1 y 2.....</i>	179
Gráfica 7.5:	<i>Scree-test del análisis factorial de la muestra nº 2 (n=217).....</i>	180

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A:	<i>Versión original del Hemisphericity Questionnaire (HQ) de Vingiano.....</i>	210
ANEXO B:	<i>Versión traducida del Hemisphericity Questionnaire (HQ) de Vingiano....</i>	213
ANEXO C:	<i>Versión original de la Dissociative Experiences Scale (D.E.S.).....</i>	216
ANEXO D:	<i>Versión traducida de la Dissociative Experiences Scale (D.E.S.).....</i>	220
ANEXO E:	E.1. <i>Puntuación media y d.t. (n=222).....</i>	224
	E.2. <i>Puntuación media y d.t. (n=17).....</i>	225
	E.3. <i>Correlación puntuación ítem - puntuación total (n=222).....</i>	226
	E.4. <i>Correlación puntuación ítem - puntuación total (n=17).....</i>	227
ANEXO F:	<i>Matriz original de correlaciones para el Análisis Factorial (muestra 1)....</i>	228
ANEXO G:	G.1. <i>Puntuación media y d.t. (n=217).....</i>	229
	G.2. <i>Correlación puntuación ítem – puntuación total (n=217).....</i>	230
ANEXO H:	<i>Matriz original de correlaciones para el Análisis Factorial (muestra 2)....</i>	231

INTRODUCCIÓN

La ilusión de control basada en la posibilidad de acceso y manipulación consciente de los contenidos de la actividad psíquica, ha supuesto, en muchas ocasiones, la adopción o descalificación de modelos teóricos que a lo largo de la historia han intentado comprender distintos fenómenos psicológicos. Uno de los *mecanismos psicológicos que rompe con esa ilusión es el de la disociación*.

Esta tesis se centra en la descripción, explicación y exploración psicológica de la disociación entendida como:

1. Una dimensión de personalidad y, por tanto, un *continuo* donde se inscriben experiencias que van desde la normalidad a lo patológico.
2. Un proceso psicofisiológico.
3. Una alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción del entorno.
4. Un mecanismo de defensa psicológica ante el trauma.

En el **capítulo 1** se hará una introducción histórica y conceptual, exponiendo las investigaciones y descripciones de los que podrían denominarse pioneros, (al menos desde una perspectiva académica), en el estudio sistemático de la disociación: Pierre Janet y Sigmund Freud. Se expondrán también otros fenómenos precursores, (como el uso de la hipnosis), y el marco sociocultural donde estos nuevos acercamientos a la

exploración y conceptualización de la psique humana tuvieron lugar. Asimismo, se analizarán las razones que precipitaron el abandono momentáneo de la teoría de la disociación y su resurgimiento a través del desarrollo de nuevas perspectivas que actualmente se encuadran en la llamada “Teoría Neodisociativa” (Hilgard, 1977), sin olvidar algunos aspectos de la dimensión cultural que conllevan ciertas experiencias del ámbito de la disociación, como puede observarse en fenómenos de trance, supuesta posesión o ceremonias-ritos chamánicos (Noll, 1985; Kirmayer, 1994; Bateson, 1975; Lisón Tolosana, 1990).

El trauma ha sido propuesto como una probable causa etiopatogénica de trastornos disociativos (como la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa o algunos fenómenos de despersonalización). En el **capítulo 2** se prestará una atención especial al abuso sexual infantil como una modalidad específica de experiencia traumática propuesta como agente causal para el desarrollo del trastorno de identidad disociativo, antiguamente denominado “trastorno de personalidad múltiple” (Putnam, 1985; Orengo García, 1994b). Su ocurrencia en periodos tempranos del desarrollo, hará que, desde la perspectiva de una psicopatología evolutiva, se analicen los mecanismos psicológicos de afrontamiento-supervivencia que se ponen en marcha ante este acontecimiento traumático (Achenbach, 1982; Classen, 1995). En este mismo capítulo se describirán los modelos teóricos de Freud y Janet en torno al trauma como origen de sus desarrollos teóricos posteriores, encuadrados en las secuencias “trauma-represión” y “trauma-disociación”, respectivamente.

La alteración en la capacidad de síntesis/integración de situaciones estimulares del área de la atención, la memoria, la identidad o la percepción del entorno, es la

característica definitoria de la disociación (D.S.M. IV, A.P.A., 1994). Por esta razón, el estudio de los procesos neurofisiológicos intervinientes en la sintomatología que pueden originar esta alteración, se presenta como un aspecto de especial interés a la hora de entender los mecanismos mediadores que posibilitan o impiden el acceso/procesamiento consciente de dichas condiciones estímulares. En el **capítulo 3** se aportarán datos sobre algunas de las hipótesis propuestas respecto a la posible modulación de ciertas estructuras cerebrales en la fenomenología de experiencias que, de una forma u otra, pueden pertenecer al campo de la disociación. Así, desde una perspectiva general, el funcionamiento diferencial de ambos hemisferios cerebrales se ha tomado como modelo explicativo de ciertas variables de personalidad, permitiendo inferir ciertas peculiaridades cognitivas que podrían predisponer a la ocurrencia de algunas experiencias disociativas. Por otra parte, se analizará la lateralización cerebral que ha sido también propuesta como mecanismo modulador de los trastornos conversivos, exponente máximo de lo que podría denominarse la “vía somática” de la disociación. Asimismo, como ejemplo de “disociación fisiológica” se expondrán los fenómenos de negación de déficits en pacientes con alteraciones neurológicas. Este ha sido el punto de referencia empírico para el estudio de aquellas estructuras cerebrales que podrían estar impidiendo el acceso consciente de estos pacientes a su especial situación. Por último, en un nivel descriptivo más específico, se describirán las aportaciones que, a través del registro de distintas respuestas psicofisiológicas, se han hecho desde el campo de la hipnosis, entendida como la inducción controlada de experiencias pertenecientes al fenómeno disociativo.

La dificultad de encontrar un marco de referencia descriptivo y explicativo adecuado de los trastornos disociativos, se puede apreciar tanto en los acercamientos

teóricos llevados a cabo desde distintas perspectivas a lo largo del tiempo (tal y como se expone en los capítulos 1 y 3) , como en la dificultad de encontrar una *clasificación* que facilite cierta coherencia diagnóstica y delimite las distintas áreas psicopatológicas donde la disociación se manifiesta (Martin, 1992; Orengo García, 1990, 1993) .

Aunque los cuadros clínicos disociativos se encuentran recogidos en las dos clasificaciones psiquiátricas mundiales más usadas, (el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* -D.S.M- de la American Psychiatric Association y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* - C.I.E.- de la Organización Mundial de la Salud), los avatares y cambios que han sufrido dentro de la nosología puede dar una imagen ejemplificadora de que *los límites descriptivos son difusos*. Para la sintomatología disociativa se han barajado términos tan variados como reacciones psiconeuróticas, histeria de conversión, trastornos somatoformes, neurosis histérica, trastorno disociativo tipo conversivo, conversión histérica, etc.(DSM-I, A.P.A. 1952; DSM-II, A.P.A. 1968; DSM-III, A.P.A 1980; DSM-III-R, 1987; DSM-IV, A.P.A. 1994; CIE-9, O.M.S 1978; CIE-10, O.M.S 1990). Según la última edición del *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (D.S.M.-IV), los trastornos disociativos se evidencian en "una alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción del entorno". Aquí se incluyen: la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, el trastorno de despersonalización y los trastornos disociativos no especificados. Los actuales sistemas clasificatorios serán objeto de un cuidadoso análisis crítico. Posiblemente sea la percepción del paciente como la suma de un *conjunto de síntomas* y no como una *estructura global* de personalidad, lo que ha dado lugar a esta situación de *encuadrar* más que *comprender* los trastornos psicopatológicos. Se defiende en esta

tesis que la investigación clínica y la práctica psicoterapéutica deben estar dirigidas más a la elaboración de mapas de *procesos o estructuras* psicopatológicas y como éstos se articulan entre sí, que a la mera suma descriptiva de componentes (Bleichmar, 1990). Por otro lado, la dificultad para detectar la presencia de trastornos disociativos en la práctica clínica actual, es un hecho generalmente aceptado. Esto se debe, principalmente, a lo complejo del síndrome, a la poca conciencia del mismo en la praxis clínica, y a la *falta de una exploración sistemática* (Steinberg, 1993). Algunos de los diagnósticos erróneos que suelen recibir estos pacientes son: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, epilepsia, entre una gran variedad de otros trastornos psiquiátricos (Coons, 1984; Kluft, 1991; Rosenbaum, 1980). Todos estos aspectos serán tratados en el capítulo 4.

La casi ausencia de protocolos estandarizados específicos, ha propiciado el interés en el desarrollo de formas objetivas de exploración y detección del mecanismo disociativo que subyace bajo la sintomatología que pueden presentar ciertos cuadros psicopatológicos. Actualmente se dispone fundamentalmente de dos instrumentos que tratan de cuantificar la presencia de experiencias disociativas: la D.E.S. (*Dissociative Experiences Scale*) desarrollada en E.E.U.U. por E. Bernstein y F. W. Putnam en 1986 y la S.C.I.D.-D. (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders*) de M. Steinberg (1993). Esta última evalúa cinco áreas de los trastornos disociativos: amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad, y alteración de la identidad. Aunque explora en profundidad estos trastornos, es excesivamente costosa en cuanto al tiempo requerido para una evaluación completa del paciente. Esta es una de las razones por las que durante los últimos años se ha detectado un creciente interés en la Escala de Experiencias Disociativas (D.E.S.), tal y como muestran los diversos

estudios de validación realizados en distintos países y con diferentes muestras. En el **capítulo 5** se describirá esta escala así como algunos datos de interés sobre su validez y fiabilidad obtenidos hasta el momento, tanto a través de estadísticos descriptivos como del análisis factorial.

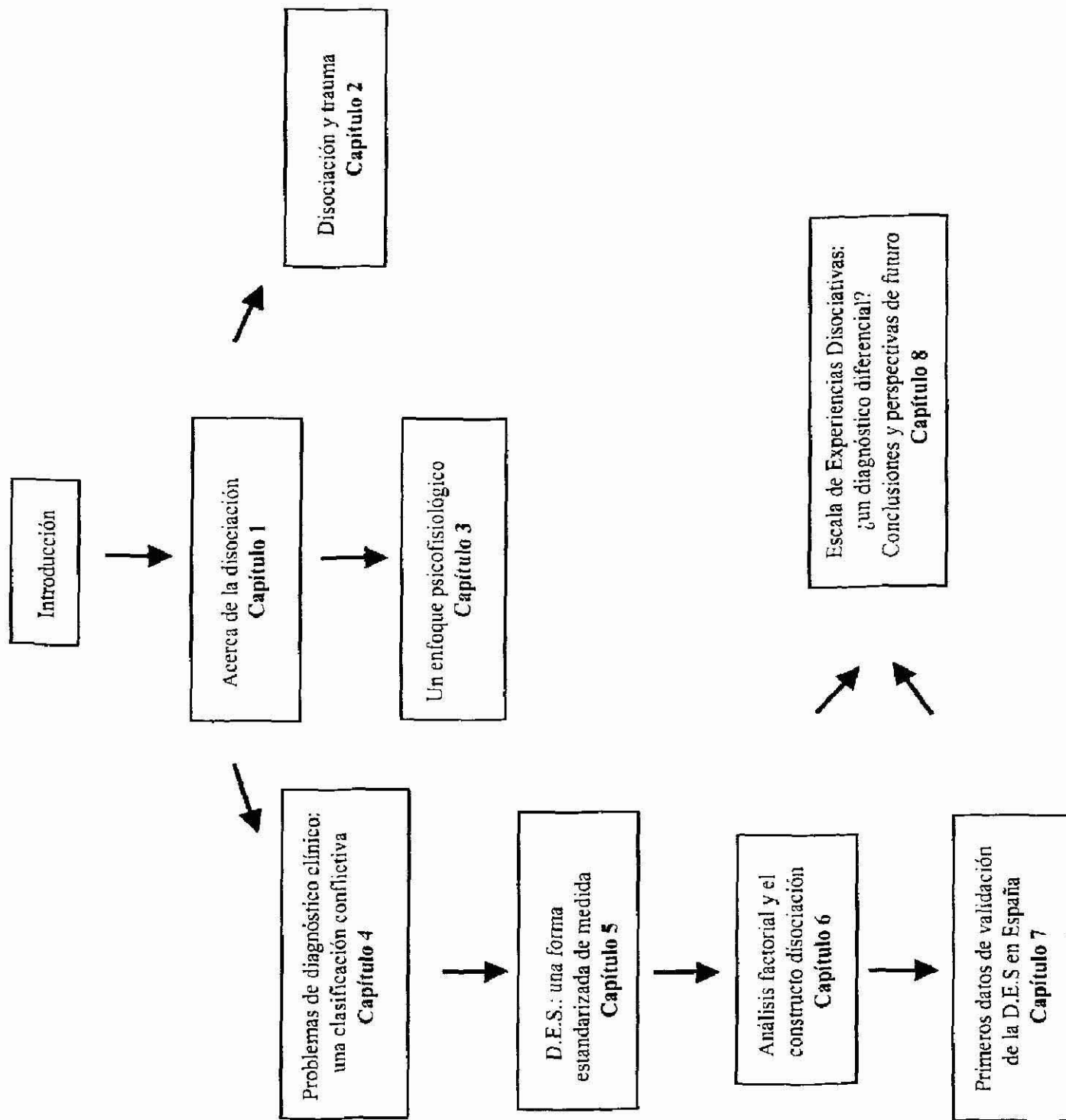
Dado que la disociación abarca distintas áreas del funcionamiento psicológico como la memoria, la atención, la afectividad, la identidad o los estados de conciencia, el acercamiento empírico a este fenómeno debe hacerse a través de *medidas multivariadas* (Cattell 1990). Hasta ahora, en los estudios realizados con la D.E.S., ha sido la metodología factorial la más utilizada, sin duda por ser su objetivo el determinar la estructura que subyace a la interrelación de una serie de variables (y la bondad de estas variables para definir el problema) que a priori se hipotetiza describen un determinado fenómeno. Desde la perspectiva de la Psicología de las Diferencias Individuales, se ejemplifica el alcance del análisis factorial a través de los instrumentos de medida y estudios sobre modelos factoriales desarrollados por investigadores como H.J.Eysenck, R.B.Cattell o J.P.Guilford, que han aportado a la psicología algunos de los instrumentos de exploración psicológica más utilizados (Colom 1995 a y b; 1998). Desde este enfoque, los síntomas psicopatológicos deben encuadrarse como una *expresión ampliada de las diferencias* que de forma natural se dan en los rasgos de personalidad como estructura de base que distingue a unas personas de otras. Es así como en esta tesis se entiende la disociación: como un *continuo* o *dimensión* psicológica que da lugar a experiencias que se dispondrían en un rango desde la normalidad a lo patológico (Cattell y Kline, 1977; Cattell, 1990; Eysenck y Eysenck, 1985). Este aspecto de la disociación como *constructo psicológico*, y por tanto como una *dimensión* o *rasgo* de personalidad, que va más allá de la categorización de ciertas

experiencias a través de una serie de síntomas psicopatológicos, es la idea central que se desarrollará en el **capítulo 6**.

Como se ha expuesto anteriormente, la casi ausencia de instrumentos fiables y válidos de exploración psicológica en el área de las experiencias disociativas, ha sido sin duda una de las causas más importantes para la casi total ausencia de su diagnóstico en la práctica clínica. Se explica, por tanto, que la aparición de una escala específica para estos trastornos, como la D.E.S., suscite tal interés en distintos países, siendo uno de los objetivos prioritarios en este momento la realización de estudios de validación transcultural. Por esta razón, la investigación empírica de esta tesis se ha orientado hacia la validación en España de esta escala. En el **capítulo 7** se describe el método seguido así como los datos obtenidos.

Aunque la escala parece ser fiable y válida a tenor de los trabajos publicados, (Bernstein y Putnam, 1986; Bernstein y col., 1988, 1993; Ensink, 1989; Ross y col., 1991; Steinberg y col., 1991; Frischholz y col., 1991; Draijer, 1993), en las **conclusiones** se hará una serie de comentarios críticos respecto a su *validación transcultural*. El objetivo inicial de la escala era obtener un instrumento de "screening" (investigación clínica). Sin embargo, algunos autores han intentado hallar en población psiquiátrica puntos de corte en las puntuaciones de la D.E.S. que permita su uso como una prueba de *diagnóstico diferencial* (Steinberg, 1993; Carlson, 1993; Draijer, 1993). Basándonos en nuestros propios estudios de validación, se argumentarán las reservas con las que debe tomarse la D.E.S., al menos en nuestro país, para este fin.

El trabajo realizado en esta tesis pretende, en definitiva, ser un estudio comprensivo del fenómeno disociativo basado en una *perspectiva integradora* de las variables psicológicas y fisiológicas que dan lugar a esta fenomenología, así como poner de manifiesto la necesidad de elaborar y validar instrumentos de medida psicológica, *adaptados al contexto sociocultural del paciente*, que faciliten la detección y, por tanto, el diagnóstico de muchos trastornos donde la disociación es el mecanismo que posiblemente fundamenta la sintomatología existente.



Capítulo 1

ACERCA DE LA DISOCIACIÓN

1.1 Introducción

Durante la primera parte del siglo XIX y de la mano de la Filosofía, comienzan a asentarse las bases de lo que más tarde sería el nacimiento de la psicología experimental, a través de la descripción de los componentes o elementos básicos que dan cuenta de la actividad mental del ser humano. Así, el *asociacionismo* se convierte en el marco de referencia para explicar el funcionamiento psíquico, haciendo de las *sensaciones* y las *ideas* los elementos fundamentales que pudieran explicar las facultades mentales superiores. El punto de arranque de esta nueva concepción se encuentra en la obra de James Mill (1773-1836), su hijo John Stuart Mill (1806-1873), Alexander Bain (1818- 1903) y Herbert Spencer (1820-1903).

El asociacionismo británico representado por estos autores, daría paso a una nueva vía de análisis de la vida psíquica, favoreciendo la aparición de una *psicología experimental* que proporcionaría una nueva perspectiva desde la que entender ciertos fenómenos psíquicos objeto de estudio hasta entonces de otras disciplinas como la filosofía o la medicina (Boring, 1978).

Por otra parte, y en plena efervescencia de la primera psiquiatría dinámica, el auge de la hipnosis como una de las primeras aproximaciones a esa psicología más metódica, junto con los estudios pioneros de los fenómenos histéricos, hizo que se adoptaran dos concepciones distintas de la mente humana: el *dipsiquismo* o mente dual que aparecía en forma de otra personalidad con vivencias y características propias a través de la inducción hipnótica, y más adelante el *polipsiquismo*, según el cual no eran dos las personalidades que conformaban la unidad del yo sino más bien al contrario, una serie de “sub-yos” o “racimos de personalidades” que permanecían ocultos a la consciencia. En cualquier caso, eran nuevos desarrollos teóricos que plasmaban la idea de que la unidad de la mente quedaba lejos de ser un modelo explicativo de la vida psíquica (Ellenberger, 1970).

Desde esta nueva perspectiva, el uso de la hipnosis supuso, por tanto, una vía de acceso y de descubrimiento de ciertas “energías psicológicas inconscientes” sobre las que se fundamentaría un nuevo concepto del funcionamiento de la mente humana. La psicogénesis de muchas enfermedades mentales serían entendidas desde este nuevo marco de referencia, complementándose y en algunas ocasiones, abandonándose la primacía del modelo médico existente hasta el momento, prestándose especial atención a ciertos cuadros clínicos como el sonambulismo espontáneo, la catalepsia, la letargia, la personalidad múltiple o la histeria. Este giro conceptual basado en un nuevo método de exploración psicológica, que en realidad era una sistematización de la experiencia acumulada por los primeros “magnetizadores” de finales del siglo XVIII y principios del XIX (como Mesmer o Puységur), hizo posible el surgimiento de lo que hoy se denominan psicología y psiquiatría dinámicas. La importancia del

método hipnótico como inductor de toda una nueva concepción de la mente, queda de manifiesto desde esta perspectiva histórica.

El tiempo y la experimentación psicológica se encargarían de confirmar esta nueva perspectiva que en un lenguaje más actual podríamos denominar de *múltiples controles* existentes en la actividad psíquica humana. El pretender que existe acceso consciente a cada uno de ellos no es más que eso, una pretensión ampliamente debatida en la historia de la psicología. El procesamiento en paralelo, o los modelos modulares de la mente de la, en su día, moderna psicología cognitiva, es sólo un ejemplo con aval empírico de lo dicho en otros tiempos y de otras formas (Erdelyi, 1987). En cualquier caso, y volviendo a la teoría asociacionista, la ruptura de una de sus leyes, la de la *continuidad* en las experiencias sensitivas o ideativas del sujeto, dará cuenta de un modelo explicativo basado en la imposibilidad de asociar, relacionar o integrar ciertas experiencias especialmente penosas en la vida del individuo, quedando éstas fuera de la conciencia a través del mecanismo de la *disociación*.

1.2 Origen del término “disociación”: la figura de Pierre Janet

El concepto disociación entra a formar parte de la descripción psicológica de la mano de Pierre Janet (1859-1947). Frente al *proceso asociativo* entendido en ese momento como el *mecanismo psíquico* que permitía la aparición de las funciones mentales superiores y por tanto, el acceso a toda actividad consciente, el hecho de que algunas personas fueran capaces de experimentar emociones, recuerdos y vivencias a

través de estados hipnóticos, escapando a su control consciente, fue explicado a través de la *disociación*.

Según Janet, si los recuerdos eran accesibles a la memoria gracias a la asociación de ideas, aquellos acontecimientos o estímulos no disponibles para la asociación, pasaban en consecuencia a estar necesariamente *disociados*. Esta hipótesis es la que representó gráficamente a través de su clásico diagrama que, adaptado, se muestra en la figura 1.1.

En esta figura se observa cómo en el caso de una de sus pacientes, Irene, publicado en 1907 en su obra "*The Major Symptoms of Hysteria*", el polígono representa las ideas relacionadas con la muerte de su madre (A, el sonido de su voz; B, la sensación de transportar su cuerpo muerto, y así con las demás condiciones estimulares de la escena (C, D, E,...) formando un todo aislado pero relacionado entre sí que, sin embargo, permanece separado, y por tanto, *disociado* de la personalidad general (P). Este sistema de ideas no integrado en su persona es el que ocasionaba el extraño comportamiento de Irene durante sus estados sonámbulos, así como la imposibilidad absoluta de recordar nada en lo referente a la muerte de su madre (a pesar de haber estado presente).

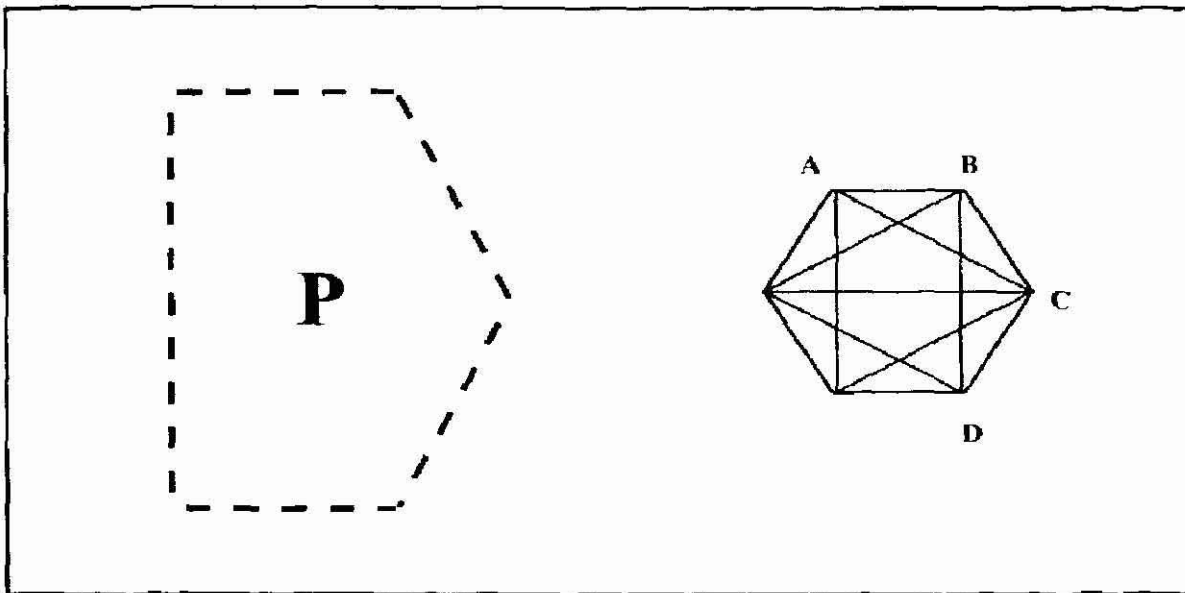


Figura 1.1. Representación gráfica de la disociación según P. Janet (1907).

Adaptado de Hilgard, 1977.

Aunque originariamente el término que utilizó Janet en francés fue el de *désagrégation*, se tradujo al inglés por *dissociation*, tal como fue expuesto por William James en sus *Principios de Psicología* (1890), donde, impresionado por la teoría Janetiana, la resumió diciendo: “la mente parece abarcar toda una confederación de entidades psíquicas”. El propio Janet admitió este término (disociación versus disgregación) en sus lecturas de Harvard, *The Major Symptoms of Hysteria*, en 1907.

Junto al concepto de disociación, Janet fue también el primero en introducir el término *subconsciente* para referirse a un nivel de funcionamiento cognitivo no consciente y autónomo. Aunque las reacciones disociativas habían sido ya descritas durante el siglo XIX por James Braid, Eugen Bleurer, Bernheim, Charcot, Deleuze, Bertrand, Myers, y William James entre otros, fue Janet el primero que estudió de forma sistemática la disociación, elevándola al rango de proceso psicológico crucial

mediante el cual la persona reacciona ante el trauma y cuyo resultado es una variedad de síntomas clasificados por entonces bajo la gran rúbrica de la histeria (van der Kolk y van der Hart, 1989).

Esa especie de “fobia al recuerdo” referido a acontecimientos traumáticos se plasma en una ausencia total de alusiones tanto a la escena traumática en sí como a las emociones relacionadas con ella. En palabras de Janet, recogidas en su obra *Les Néuroses* (1909) “...es como si el acontecimiento nunca hubiese existido”. Es el principio básico de la disociación: el mantener fuera del campo consciente aquellos núcleos de contenido estresante para el sujeto. Sin embargo, disociar no significa anular el trauma, pues como ya se ha expuesto, esos recuerdos que han fallado en la función de síntesis con todo el sistema de personalidad general, tendrán su efecto patógeno a través de las llamadas “ideas fijas subconscientes” y los “automatismos psicológicos” que son sufridos por el paciente a través de síntomas.

En su modelo sobre el funcionamiento de la mente, Janet distingue dos formas en las que éste actúa: 1. Actividades cuyo objetivo es *conservar y reproducir* las experiencias del pasado y 2. Actividades dirigidas hacia la síntesis y la creación de nuevas experiencias (actividades de *integración*). La actividad consciente normal es fruto de una combinación de las dos que, a su vez, son independientes y se regulan entre sí. En el caso de los automatismos psicológicos, la actividad integradora, que es la que realmente organiza el presente, se encuentra muy disminuida por lo que el paciente desarrolla síntomas que son una magnificación de las actividades encargadas de preservar y reproducir el pasado.

De este modo, la teoría de la disociación defendida por Janet, va más allá de una explicación a las consecuencias psicopatológicas del trauma. En su sentido más general, es la ausencia o la disminución de la capacidad de síntesis llevada a cabo por el sistema consciente la que originará el desplazamiento de ciertas ejecuciones del control voluntario del sujeto. Este *estrechamiento del campo consciente* puede originarse por una especie de debilidad psíquica a la hora de abarcar, y por tanto integrar, todos los elementos que componen el mundo de experiencias de la persona disociada. Esta capacidad para integrar nueva información dio origen a otro concepto importante en la teoría de P. Janet: el concepto de *tensión psicológica* explicado como la capacidad de utilizar la energía psíquica necesaria para los procesos de síntesis que definen toda experiencia consciente. El temperamento, la experiencia previa, la velocidad con la que suceden los hechos, el estado físico general de la persona como por ejemplo, enfermedad, fatiga o depresión, son elementos que pueden interferir en el afrontamiento (integración) de nuevas experiencias que no tienen por qué ser traumatizantes, sino simplemente adversas.

Como se ha visto hasta ahora, en la obra de Janet, la idea de los *distintos niveles de control de la actividad psíquica* es fundamental como modelo explicativo de la disociación, y adquiere su máximo exponente en los trastornos de personalidad múltiple. En estos casos, las ideas fijas subconscientes se transforman en identidades totalmente separadas, autónomas del control de la personalidad central. Esta concepción culminaría en su gran sistema jerárquico de control consciente de las acciones humanas (que él denominará tendencias). Esta idea de “jerarquía” dará pie a una nueva forma de entender numerosas condiciones psicopatológicas. Desde este marco de referencia, el acto subconsciente será definido como aquél que acontece

mientras el individuo está realizando actos en un nivel superior. Un resumen de su *síntesis psicológica*, que se esquematizará a continuación, puede verse de forma más detallada en la obra de Ellenberger (1970).

En la vida psíquica del ser humano se dan fundamentalmente nueve *tendencias*, establecidas jerárquicamente en función del grado de control consciente requerido por el sujeto para su ejecución. Estas nueve tendencias se agrupan en tres clases como puede observarse en la figura 1.2.

Antes de describir brevemente cada una de estas tendencias y para una visión más comprensiva de su síntesis teórica, se recuerda que cualquiera de las ejecuciones comprendidas en cada una de estas tendencias pueden pasar a ser subconscientes, esto es, estar fuera del control consciente del sujeto, siempre y cuando este se encuentre ejecutando una tendencia de orden superior.

Comenzando por las *tendencias de orden inferior*, las *reflexivas* estarían formadas por impulsos motores desencadenados por algún estímulo, no encontrándose sujetos a regulaciones psicológicas. Una vez comenzado el movimiento tiene que seguir su curso hasta el fin. Las tendencias *perceptivo-suspensivas* requieren dos pasos para su ejecución completa. El primero es un estímulo que inicia esa tendencia necesitando de un período de espera tras el cual es necesario un segundo estímulo para

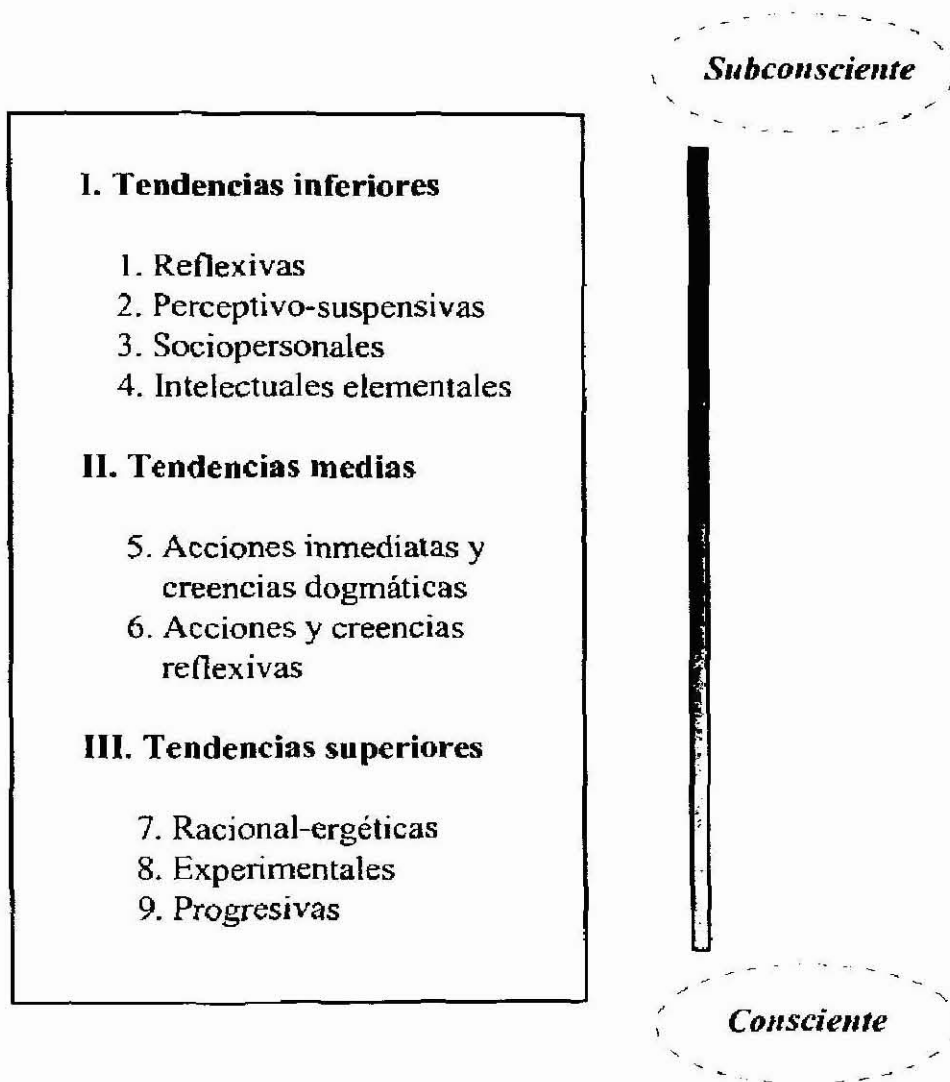


Figura 1.2. Esquema de la síntesis psicológica de Pierre Janet (1926).

completar el acto. Su fin es un cambio en las condiciones del mundo exterior. Son el punto de partida para los actos de percepción y la noción de los objetos (entendidos como esquemas perceptivos). Una ilustración que hace Janet de este nivel sería el ejemplo de un ciclista que comienza la carrera con espíritu competitivo (que estaría situado en el nivel de las tendencias sociopersonales) pero que a medida que crece en él el agotamiento se vuelve indiferente ante la meta, los otros corredores y la idea de ganar. Su campo de percepción se está estrechando (de nuevo el concepto básico de “estrechamiento del campo de conciencia”) hacia la tendencia perceptivo-suspectiva

siendo el paso siguiente en esa regresión el quedarse dormido y pedalear de forma reflexiva (primer estadio de tendencia). En las tendencias *sociopersonales* hay una interacción entre las tendencias primarias dirigidas a nuestro propio cuerpo y las dirigidas hacia lo conceptualizado como “social”. Entre estas conductas estarían la imitación, la colaboración, la obediencia o la conducta sexual. En este nivel se encuadrarían las cuatro emociones básicas: el esfuerzo, la tristeza, la alegría y la fatiga. En cuanto a las tendencias *intelectuales elementales*, éstas incluyen el lenguaje, la memoria, el pensamiento simbólico, la producción y la explicación.

En el nivel de las *tendencias medias* tenemos las *acciones inmediatas y creencias dogmáticas* que están representadas por la distinción entre la conducta motora y la conducta verbal. Así, cierta capacidad de introspección verbal posibilita la realización de acciones voluntarias y sienta las bases para la aparición de la sugestionabilidad y la confabulación. Las *acciones y creencias reflexivas* surgen a través de la duda, la deliberación, y la conclusión, que es un acto de decisión. Implican un conocimiento coherente de los objetos externos y de uno mismo.

Por último, en el nivel de las *tendencias superiores*, aparece en primer lugar las *racional-ergéticas* donde se añade la función de tendencia al trabajo que implica una distribución de la fuerza contenida en las tendencias anteriores. El deber, la iniciativa, la perseverancia y la paciencia serían acciones de este nivel. En las tendencias *experimentales* se tiene en cuenta la experiencia propia y el sujeto se somete a los hechos. Aparecen los conceptos de humildad, firmeza de carácter y aceptación de los hechos. El nivel máximo de la jerarquía culmina con las tendencias *progresivas* que posibilitan el desarrollo máximo de la conducta y mediante las cuales

el hombre adquiere su propia individualidad y reconoce a su vez la individualidad de los otros.

Este trabajo de síntesis realizado por Janet, da cuenta de una visión general del funcionamiento humano cuya estructura jerárquica sigue siendo vigente para algunas perspectivas actuales de la psicología. Así, desde la Teoría Multifactorial Sistémica (Royce y Powell, 1981, 1983) se propone un modelo de personalidad cuya integración jerárquica desde los niveles superiores representados por variables socioculturales, hasta los niveles inferiores de percepción sensorial, recuerdan la visión modular propuesta por Janet.

1.3 Declive y abandono temporal de la teoría de la disociación.

Después de las dos primeras décadas del siglo XX, el interés por la teoría de la disociación así como por el trauma psicológico en general, irá decayendo paulatinamente. Tras la muerte de Charcot, la psiquiatría francesa que había dominado las principales líneas de investigación hasta el momento, fue dando un giro hacia la prevalencia de actitudes más médicas en la explicación de los trastornos psicopatológicos, con pocas vías de comunicación entre las perspectivas biológicas, cognitivas y psicodinámicas. El trabajo de Janet continuó desarrollándose, si bien de una forma cada vez más aislada. Nunca llegó a fundar una escuela de pensamiento aunque sus ideas han sido utilizadas y desarrolladas posteriormente, incluso por algunos contemporáneos, sin el debido reconocimiento a su persona¹. El hecho de que

¹ En este sentido, la única vez que Janet exigió públicamente un reconocimiento de sus estudios pioneros, fue en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Londres en 1913 en cuya sección

de sus casi 17.000 páginas escritas (unos 30 tomos) sólo se tradujeran al inglés dos de sus obras, *The Major Symptoms of Hysteria* (1907) y *Psychological Healing* (1925) tampoco contribuyó mucho a un mayor conocimiento de su obra después de su muerte.

El declive de la teoría Janetiana de la disociación parece explicarse más por factores de “ambiente intelectual” que por causas científicas (Hilgard 1977). No hay que olvidar un aspecto importante: la contemporaneidad de uno de los autores más importantes en la historia de la Psicología, Sigmund Freud. En efecto, el Psicoanálisis despertó un gran interés al ofrecer una visión alternativa al subconsciente que, de la mano de Freud, pasaría más tarde a ser *inconsciente* gracias al desarrollo de nuevas nociones, como las de *defensa* o *represión*, abandonando, por otra parte, la técnica de la hipnosis en la exploración psicológica de sus pacientes, lo cual fue visto como un avance.

En esta evolución, la *teoría de la represión*, donde los contenidos reprimidos escapan al control consciente del sujeto y, como un grupo psíquico separado, se rigen por sus propias leyes, se convierte en la piedra angular sobre la que reposa todo el edificio del psicoanálisis. Este nuevo acercamiento provocará un auténtico giro conceptual con grandes implicaciones, especialmente en la forma de entender y abordar el fenómeno de la histeria. Así, será a través de la secuencia “defensa-represión- *conversión*”, desde la que se explicará la formación de algunos síntomas histéricos (histeria de conversión) por medio de la transposición de un conflicto

de Psiquiatría se discutió el psicoanálisis de Freud. En esta sesión Janet reclamó la prioridad en el descubrimiento de la cura catártica de la neurosis producida por la aclaración de los orígenes

psíquico en síntomas somáticos, motores o sensitivos. Este *mecanismo conversivo*, puede ser entendido como un aglutinador-precursor de otros importantes mecanismos de defensa que Freud iría elaborando poco a poco en su teoría, como el *desplazamiento* (donde la intensidad de una representación conflictiva cambiaría de registro pudiendo pasar, por ejemplo, al ámbito de lo somático a través de distintas cadenas asociativas), o la *regresión* (donde el sujeto pasaría a modos de expresión y comportamientos de orden inferior en cuanto a su complejidad y estructuración, característicos de etapas anteriores del desarrollo psíquico, idea que en el mecanismo conversivo estaría latente en la simbolización del conflicto a través de un lenguaje más primitivo, el lenguaje corporal). Estos y otros nuevos desarrollos teóricos conformarían lo que podría denominarse un “tour de force” respecto a la perspectiva Janetiana, y, en general, a las distintas teorías de la mente de ese momento.

Otro aspecto decisivo en el declive temporal de la teoría disociativa, fue la introducción en 1911 del término *esquizofrenia*, de la mano del psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939). Este nuevo diagnóstico, o más generalmente, *el grupo de las esquizofrenias*, fue acogido con gran entusiasmo por la comunidad científica, y muy pronto aglutinaría un amplio rango, tanto de manifestaciones psicopatológicas, como de pacientes que en otro momento hubieran sido diagnosticados de histéricos (Libbrecht, 1995). La disociación psíquica definida ahora como un aspecto básico de la constitución esquizoide dio paso a una sobreutilización y, por ende, a una sobrediagnosis de la esquizofrenia, cuya influencia en los trastornos disociativos perdura hasta nuestros días, como se expone en el capítulo 4.

traumáticos que aparecía descrita en diversos casos publicados en la *Revue Philosophique* desde 1886 hasta 1889, base de su tesis doctoral “*L'Automatisme Psychologique*”.

No hay que olvidar tampoco el auge de la psicología norteamericana que de manera notable influiría en Europa a través de las teorías conductistas poco interesadas en el tema de la conciencia y por extensión, mucho menos en el campo de lo inconsciente. A pesar de que algunos conductistas como Hull o Robert Sears explicaron ciertos aspectos de la represión o la amnesia en términos de estímulo-respuesta, estaba claro que el interés general discurría por otros derroteros. Sin embargo, y como se ha expuesto, conviene enfatizar que no fueron razones científicas basadas en la experimentación las que demostraran lo erróneo de las teorías disociacionistas descritas décadas atrás. De hecho, en experimentos realizados sobre memoria, atención, percepción, o el aprendizaje de tareas, la ausencia de ciertos niveles de control consciente sobre dichas ejecuciones era un resultado innegable, si bien las explicaciones dadas utilizaban ahora otro lenguaje (Kihlstrom, 1995; Erdelyi, 1987; Hilgard, 1977; Putnam, 1989; Eich, 1984; Dunn y Kirsner, 1988).

La teoría de la disociación y la propia personalidad científica de P. Janet quedaron pronto relegadas al olvido. Además de las posibles causas expuestas (en un primer momento el psicoanálisis de Freud, el nuevo diagnóstico de esquizofrenia, y la influencia del conductismo norteamericano), es interesante exponer aquí, siguiendo a Ellenberger (1970) otras tentativas de explicación de la ausencia de fama para quien en 1900, y a juicio de sus contemporáneos, parecía ser el fundador de una nueva etapa o al menos una nueva escuela en el análisis científico de la psique humana.

Entre estas tentativas están las enemistades o resistencias con las que Janet se encontró a lo largo de su vida. En un primer momento, la muerte de Charcot, quien había estimulado a Janet a seguir sus estudios en la Salpêtrière. Los “nuevos aires”

que se respiraron a partir de entonces en este hospital parisino de la mano de Déjerine o Babinski, claramente hostiles al trabajo desempeñado por Janet, y con una perspectiva totalmente biologicista, hicieron que éste abandonara el hospital.

Un segundo momento de ataque fue ocasionado por los psicoanalistas, no sólo a raíz de las críticas de Janet hacia los primeros trabajos de Freud en el congreso de 1913, citado anteriormente. Más adelante, en 1945, la psicoanalista francesa Madeleine Cavé acusó a Janet de “plagio precipitado” de los *Estudios sobre la histeria* de Breuer y Freud (1893) al explicar a partir de esta fecha, utilizando las teorías expuestas en los *Estudios...*, otros casos que publicaría posteriormente. Esta calumnia llegó a Janet a la edad de 86 años y no se sabe si no advirtió el ataque o simplemente no lo replicó. En cualquier caso, contribuyó al mantenimiento de una actitud hostil hacia él en las primeras generaciones del psicoanálisis.

Por otra parte, su propia personalidad tampoco parecía muy dispuesta a las relaciones públicas. Siempre se mantuvo independiente, sin maestros, y no perteneció a ningún equipo o grupo. No tuvo discípulo ni escuela y siempre permaneció alejado de cualquier actividad proselitista. En cualquier caso, parecía que el velo de Lesmosine, diosa del olvido, caía sobre la figura de Pierre Janet mientras el de Mnemosine, diosa del recuerdo, se levantaba para iluminar a su gran rival Sigmund Freud. Como dato anecdótico cabe señalar que en 1956 fue celebrado en la Salpêtrière el centenario del nacimiento de Freud, erigiéndose un monumento como recuerdo de su breve estancia allí entre 1885 y 1886 (gracias a una beca de cuatro meses que le permitía ampliar estudios en un centro extranjero). No ocurrió nada parecido en el centenario de Janet tres años más tarde, a pesar de haber sido elegido por el propio

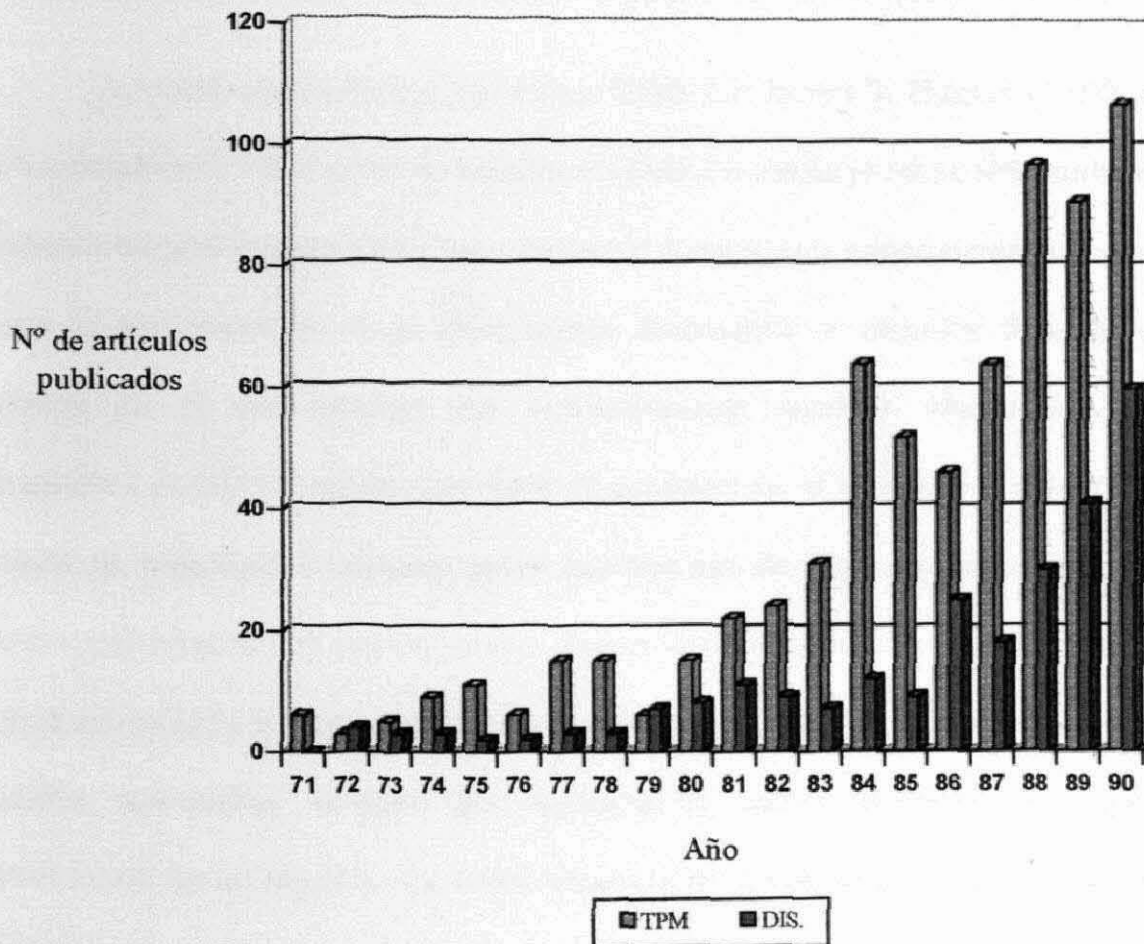
Charcot para confiarle el laboratorio de Psicología Experimental recién fundado en la Salpêtrière y haber realizado allí sus estudios más importantes sobre la histeria.

En palabras de Ellenberger (1970), “la obra de Janet puede compararse con una vasta ciudad enterrada en cenizas, al igual que Pompeya. El destino de una ciudad enterrada es incierto. Puede permanecer así para siempre. Puede quedar oculta y ser saqueada por los merodeadores. Pero también puede ser desenterrada algún día y volver a la vida.”

1.4 Nuevas perspectivas de la disociación: Teoría Neodisociativa.

El redescubrimiento de la figura de Janet, así como de su teoría de la disociación, ha sido un fenómeno que se ha ido incrementando a lo largo de las últimas décadas. El renovado interés por la psicopatología del trauma y el aumento de la conciencia social sobre temas como el abuso infantil o el trastorno de identidad disociativo dan cuenta de ello con un aumento, no sólo de publicaciones relacionadas con este tema (como se observa en la gráfica 1.1), sino por la creación de revistas especializadas como *Dissociation* (fundada en 1988 por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Personalidad Múltiple y la Disociación), o el especial interés prestado al tema de la disociación por revistas especializadas en hipnosis como el *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (Orne y Hilgard, 1984) y el *American Journal of Clinical Hypnosis* (Braun, 1983). Otro paso importante fue la inclusión de los trastornos disociativos en 1987 en la tercera edición revisada de *Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R (A.P.A. 1987) y posteriormente en el *DSM-IV* (A.P.A. 1995) (Spiegel y Cardeña, 1991).



Gráfica 1.1: número de artículos por año publicados sobre trastorno de personalidad múltiple y disociación (1970-1990). Fuente: Goettman y col., 1991

Uno de los aspectos que destacan los nuevos acercamientos a la teoría de la disociación es ver este fenómeno psíquico como un *continuo* que abarca desde experiencias de la vida cotidiana hasta vivencias dentro del marco de lo patológico.

Janet (1925) contempló de manera indirecta este aspecto al decir que “los fenómenos patológicos son sólo una exageración de los fenómenos normales...”, pero hizo hincapié en los aspectos psiquiátricos de la disociación, principalmente a través del estudio de la histeria y los automatismos psicológicos.

La teoría neodisociativa, término acuñado por Ernest R. Hilgard (1977), parte de los estudios de Janet sobre la disociación, pero a la vez se propone reformularlos en términos actuales basándose en los estudios de la psicología experimental sobre temas como el procesamiento de la información, fenómenos de atención dividida y los avances en el conocimiento del funcionamiento cerebral. Desde esta nueva perspectiva es útil diferenciar dos tipos de consciencia: el *receptivo* y el *activo*. Los estados de consciencia receptivos serían aquellos que de manera relativamente pasiva reciben información del mundo externo, fundamentalmente de tipo sensorial, mientras que el activo sería lo que comúnmente se denomina estado consciente per se, esto es, aquellas actividades volitivas que mediante la acción deliberada persiguen la consecución de un objetivo. La teoría neodisociativa vuelve así a hacer hincapié de forma renovada en la vieja idea janetiana de los distintos tipos de control consciente en la vida psíquica a través del concepto “*divided control*” (*control dividido* y, por extensión, *consciencia dividida*).

Una nueva aproximación al concepto modular de la mente propuesto ya desde las primeras teorías de la disociación es el que se presenta en la figura 1.3. En el modelo de Hilgard, la mente es entendida como un compendio de componentes separados, llamados “*estructuras cognitivas de control*” que regulan la actividad mental en diferentes dominios. Estos componentes están organizados jerárquicamente,

de tal forma que cada uno de ellos está comunicado con los demás, y todos, a su vez, con la estructura del nivel superior llamada el “yo ejecutivo”. Esta estructura de control central es el punto final para todos los estímulos (inputs) y el punto de arranque de todas las ejecuciones (outputs), proporcionando la base funcional de toda experiencia consciente e intencional. Cuando los estímulos recibidos por una estructura de control subordinada (subestructuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, ...de la figura 1.3) son procesados a través del “yo ejecutivo”, la persona es consciente de ellos (o más precisamente, de su representación mental). Cuando se generan actos/ejecuciones (outputs) por estas estructuras subordinadas en respuesta a la acción comenzada por el yo ejecutivo, entonces la persona tiene la experiencia de un acto intencional.

Este modelo, sin embargo, es una forma idealizada de funcionamiento ya que, de hecho, puede haber algunas estructuras cognitivas subordinadas que no tengan conexión directa con el “yo ejecutivo” pudiendo por tanto procesar inputs y generar outputs fuera del control consciente voluntario. El funcionamiento de dichas estructuras puede convertirse en habitual o rutinario en virtud de la práctica o la repetición.

Esta ausencia de feed-back entre las distintas estructuras de control provocará una ruptura en la continuidad (*integración*) de la experiencia intencional y consciente, que es lo que ocurre de forma extrema en los casos de personalidad múltiple.

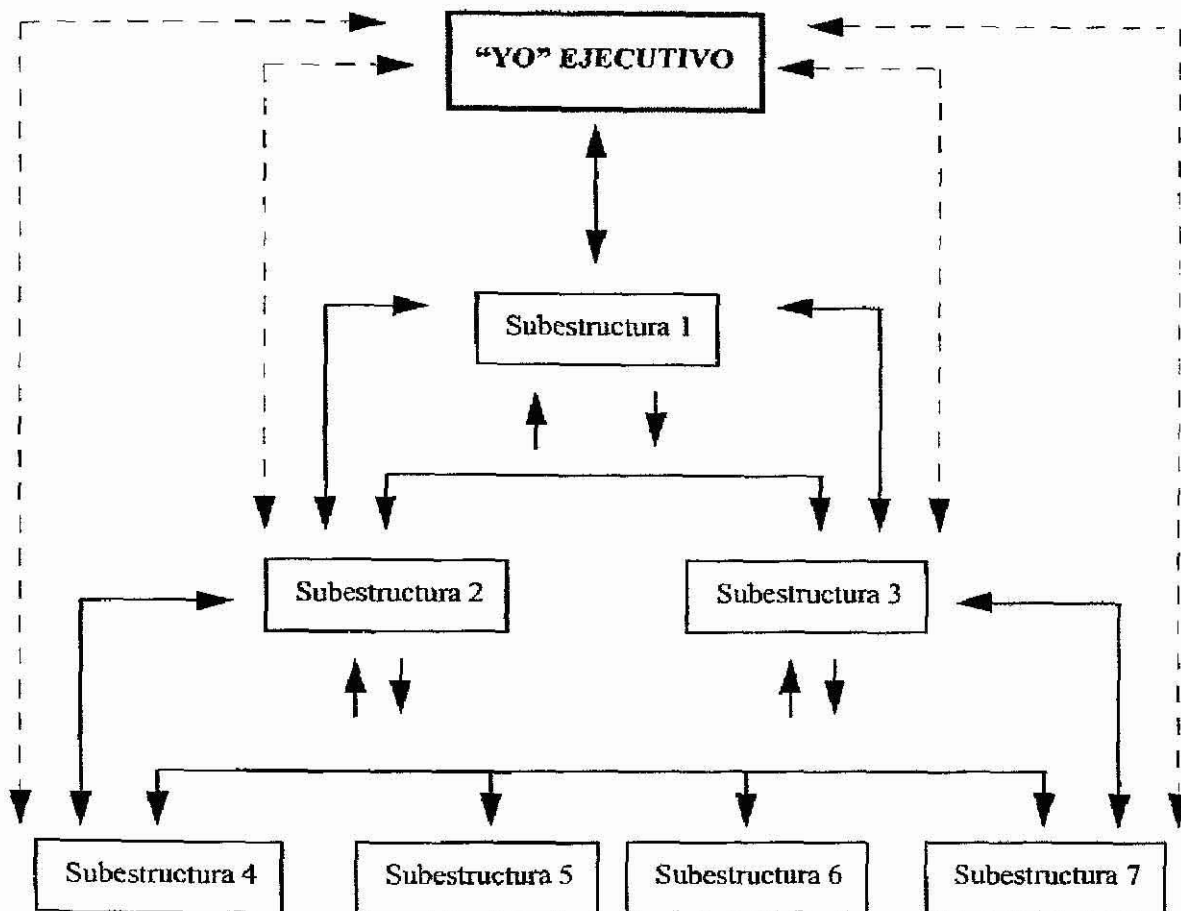


Figura 1.3. Modelo estructural de controles cognitivos de Hilgard (1977).

Adaptado de Kihlstrom, 1995.

Otras circunstancias pueden interferir también en la relación normal entre distintas subestructuras cognitivas. Algunas condiciones ambientales de estimulación subliminal, ciertas condiciones orgánicas como el daño cerebral, condiciones fisiológicas inducidas por estados de somnolencia, anestesia, drogas o algunos fármacos, o estados mentales como las fantasías diurnas, fenómenos de concentración de la atención (absorción) y la hipnosis, pueden de forma temporal o permanente alterar la conexión entre distintas subestructuras. En estos casos, si las rutas de comunicación con el "yo ejecutivo" se interrumpen, las estructuras subordinadas

pueden continuar con el procesamiento de esa información estimular sin experimentar el sujeto la experiencia personal de intencionalidad consciente. Estos estados son los que la teoría neodisociativa denomina *disociación*.

1.5 Dimensiones sociales y culturales de la disociación.

Si bien en esta tesis se describirán los fenómenos disociativos prestando especial atención a su aspecto psicopatológico y especialmente con referencia al trauma como una causa etiológica de la aparición de la sintomatología disociativa, existe otro nivel de análisis más amplio que engloba las dimensiones sociales y culturales de este tipo de experiencias.

Este nivel que podría denominarse *nivel antropológico*, viene definido en uno de sus aspectos por aquellas prácticas y ritos que en determinadas culturas favorecen la aparición o incluso el aprendizaje de cierta fenomenología disociativa. En estos casos, lejos de estigmatizar a quien vive este tipo de experiencias como alguien fuera de la normativa del comportamiento socialmente aceptable, (“loco” o “enajenado” en la cultura occidental), lo integran en la comunidad a través de, por ejemplo, ritos de transición en distintas etapas evolutivas, o incluso se le eleva a rangos de poder bien delimitados dentro de la organización jerárquica comunitaria, como en el caso de los gurús o chamanes, ampliamente extendidos en culturas tanto africanas, asiáticas como americanas (Poveda, 1997; Noll, 1985; Bateson, 1975).

En muchos de estos ritos, las experiencias disociativas son práctica común tanto en el área de lo sensorial (capacidad de ignorar el dolor), del sentido de la identidad (cambio de personalidad en fenómenos de posesión), o de la atención y la percepción (estados de concentración máxima en la perseveración de movimientos rítmicos y continuos de ciertas danzas rituales), por citar algunos ejemplos. El uso de la percusión y la danza como estímulos disparadores y/o favorecedores de *estados de trance* (una de las experiencias que mejor puede ejemplificar lo que se denominan *estados alterados de conciencia* como elemento definitorio de la disociación), es un elemento fundamental en ciertas culturas.

En todos estos casos, las experiencias disociativas no sólo no son indicios de patología sino todo lo contrario, formas adaptativas de participación social respaldadas por el grupo cultural de referencia. Más aún, sirven para crear una determinada realidad a través del consenso social que se refleja en la forma de compartir ese tipo de experiencias.

Desde esta perspectiva, la *continuidad* de la experiencia consciente puede ser una visión monolítica, o quizás, una ficción cultural (Kirmayer, 1994). El ignorar que en otras culturas puede no demandarse esa continuidad, integridad y racionalidad en el comportamiento humano, puede hacer que se *psicopatologicen* experiencias como por ejemplo, fenómenos de posesión, que están normativizados como una forma de solución a ciertos problemas más que como una enfermedad o desorden mental (Lisón, 1990). Es por ello que a lo largo de esta tesis se pondrá de manifiesto en distintos apartados la *multidimensionalidad* que caracteriza la disociación. Esta multidimensionalidad se manifiesta tanto en el mecanismo psicofisiológico que

determina la disrupción en la integración normal de la memoria, la identidad, o la experiencia, como en las distintas formas de expresión comportamental de dicho mecanismo (Spiegel y Cardena, 1991).

En resumen, se han presentado en este capítulo algunas líneas argumentales sin las que resultaría difícil situar en su justa medida tanto el concepto de disociación como la evolución que dicho concepto ha tenido en la historia reciente de la psicología. Desde el polipsiquismo propuesto a partir de las primeras experiencias sistemáticas con la hipnosis, hasta las nuevas aproximaciones de las teorías neo-disociativas se ha ido exponiendo el marco científico-cultural que ha rodeado el término disociación en estos dos últimos siglos. Así mismo, la figura de Pierre Janet aparece como punto central sobre el que discurrirá gran parte del contenido teórico de esta tesis, tal y como se presenta en el siguiente capítulo.

Capítulo 2

DISOCIACIÓN Y TRAUMA

2.1 Definiendo el Trauma

En la literatura psicológica y psiquiátrica, se parte del trauma como base etiopatogénica para el desarrollo de la sintomatología asociada a ciertos trastornos disociativos. Hablar de trauma es hablar fundamentalmente de aquellos acontecimientos estresantes que de una forma abrupta e ineludible, irrumpen en un momento dado en la vida del individuo, dejando secuelas psicológicas y/o físicas que impiden posteriormente una adecuada sintonía emocional consigo mismo y con su entorno. Las relaciones dinámicas que se originan entre la situación traumática y los mecanismos de afrontamiento-supervivencia que se desarrollan ante esta situación, son el marco desde donde se definen los trastornos que en esta tesis se describen.

En la historia de la psicopatología, el trauma ha estado implícito como origen de muchas alteraciones. Sin embargo, el impacto psicológico de las experiencias vividas por los soldados americanos en la guerra del Vietnam, así como el auge de los movimientos feministas que demandaban una atención social a temas como las agresiones sexuales, entre otros, puede ser considerado el punto de arranque del renovado interés actual en el tema del trauma (Blank, 1985).

Después de una especie de letargo durante la época post-victoriana, otro tipo de experiencias traumáticas más allá de las de carácter sexual, adquieren protagonismo al dar cuenta de una nueva vía para la aparición de trastornos psicopatológicos. En 1980, la Asociación de Psiquiatría Americana (A.P.A.) acuña el diagnóstico de trastorno por estrés post-traumático para aglutinar una serie de síntomas que anteriormente habían sido delimitados bajo diversas formas: estrés de combate, neurosis traumática, síndrome de estrés tardío o shock por bombardeo, entre otras. Esta definición tuvo una gran repercusión en el mundo académico, originando un renovado interés sobre las consecuencias de otros acontecimientos traumáticos como el abuso sexual infantil, la violación o las catástrofes naturales (Caruth, 1995).

La definición oficial de la A.P.A. de lo que puede ser considerado un suceso traumático al describir el nuevo diagnóstico de trastorno por estrés post-traumático fue: “...un acontecimiento fuera del rango de lo normal en la experiencia humana” (DSM-III-R,1980). Quizá esta definición no fue del todo precisa. Pueden hacerse algunas objeciones, como por ejemplo: ¿qué se puede considerar como experiencia anormal? ¿todas las experiencias anormales son traumáticas? ¿se entiende por normal lo más común? ¿o el concepto normal se encuadra en un ámbito más moral-social? Es por ello, que en la última revisión clasificatoria americana se elimina esta frase haciéndose hincapié no en las características del acontecimiento estresante sino en la capacidad, o más bien incapacidad, del individuo para hacer frente a esas situaciones ya que junto a respuestas de temor u horror intenso, se incluye también la *desesperanza* de poder hacer algo que cambie la situación (DSM-IV, 1994). Desde una perspectiva psicoanalítica, la definición sigue haciendo referencia a esa ausencia de mecanismos de respuesta eficaces entendiéndose el trauma como: “acontecimiento

en la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (Laplanche y Pontalis, 1993).

Por tanto, dejando a un lado los acontecimientos específicos que pueden ser considerados como traumáticos, independientemente de que sean de carácter natural o humano, existen ciertas características que aparecen como constituyentes de una situación traumática: que sea inesperada, ineludible y de alguna manera percibida como peligro, no teniendo el individuo estrategias de afrontamiento eficaces, llegando consecuentemente a un estado de *indefensión*.

Sin embargo, a pesar de estas características comunes, conviene diferenciar entre las consecuencias psicológicas ocasionadas por acontecimientos traumáticos de origen natural y aquellos perpetrados por una o varias personas. Así, la implicación personal en el segundo caso hace que se vean afectados fundamentalmente el sentido de la propia identidad, la autoestima y la integridad del yo (Pelicier, 1992). Son las distintas consecuencias psicopatológicas que siguen a estas situaciones las que originarán la sintomatología disociativa que con frecuencia muestran los individuos que han estado expuestos a acontecimientos traumáticos.

Los trastornos que se manifiestan en los casos de amnesia disociativa y fuga disociativa se asocian frecuentemente a situaciones traumáticas agudas, como la muerte de un compañero en combates de guerra, la ruptura de una relación emocional importante, o problemas económicos de consecuencias dramáticas (Abeles y Schilder, 1935; Putnam, 1985). El trastorno de identidad disociativo se correlaciona

significativamente con experiencias repetitivas de abuso infantil antes de la pubertad (Bliss, 1980; Coons y col., 1988; Putnam y col., 1986). El síndrome de despersonalización aparece a menudo en individuos que han estado sometidos a experiencias de tortura, tanto durante la adolescencia como en la edad adulta (Caruth, 1995; Putnam, 1985).

La especial incidencia que el trauma, fundamentalmente de carácter sexual y mayoritariamente ocurrido durante la infancia, tiene en el desarrollo psicológico posterior del individuo, hace que dentro de dichos acontecimientos el *abuso infantil* ocupe un lugar preponderante dentro de la psicopatología del trauma. Algunas de las características que diferencian el abuso infantil de otros estresores traumáticos son:

1. Suele perpetrarse por alguien en quien el sujeto abusado confía o incluso del cual depende (especialmente cuando el abusador es una familiar cercano).
2. A menudo la víctima se siente desesperanzada, sin salida, por la duración de la situación de abuso y por la actividad sexual repetitiva, que se va intensificando paulatinamente y que se hace cada vez más invasiva.
3. Frecuentemente se da en un contexto de otras formas de abuso como el maltrato físico o el abandono.
4. Se falsea su realidad o se hacen otras interpretaciones del abuso cuando se pretende que el/la niño/a lo mantenga en secreto.
5. Suele cronificarse si no se disponen de medidas de protección e intervención adecuadas.
6. Cuando el abuso se da en etapas evolutivas tempranas, el impacto afectará seriamente el desarrollo personal y social posterior del individuo.

En el siguiente apartado se exponen algunas consideraciones específicas sobre este tema.

2.2 El abuso infantil

Aunque dentro del concepto *abuso* se encuentran también las formas de castigo físico y/o psicológico, así como la ausencia de los cuidados básicos que el sujeto infantil necesita para un desarrollo adecuado, aquí se expondrán principalmente las características del *abuso sexual infantil*.

Inevitablemente esta expresión conlleva un sentimiento automático de rechazo; se trata de un tabú y, como tal, la prohibición implícita abarca no sólo el hecho en sí, sino también el hablar de ello. Quizá esta sea una de las razones que haya llevado a que de una forma más o menos sutil se den fenómenos de abierta negación o de cierta incredulidad ante la idea de que estos hechos existen. Sin embargo, cada vez son más los casos de niños abusados que se conocen, aunque todavía sigue el tema circunscrito a los profesionales que de una forma u otra están más en contacto con esta realidad. Este supuesto descubrimiento de que el abuso sexual infantil existe, ha salido a la luz debido fundamentalmente a las acciones de dos importantes grupos sociales como son los movimientos feministas demandando atención sobre las agresiones sexuales, y los centros de protección y ayuda al menor (Vázquez Mezquita, 1995).

Uno de los problemas básicos a la hora de un acercamiento más sistemático a este tema es el de la definición de abuso. Las dificultades se evidencian sobre todo a la

hora de hacer estudios epidemiológicos que ayuden a tener una visión más objetiva de la incidencia y prevalencia de este hecho. Así, diversas encuestas y estudios en población adulta y adolescente han llegado a resultados distintos en función de la definición de abuso utilizada, (o en el peor de los casos, sobreentendida). También el tipo de preguntas utilizadas o el formato de recogida de esta información es otra de las variables que dificultan la obtención de datos objetivos en este campo. Otros factores como el olvido, la negación o la distorsión del recuerdo por parte de los sujetos abusados, han entorpecido gravemente la investigación en este área.

A pesar de estas dificultades, se dispone de datos de distintos estudios europeos que actualmente sitúan entre el 15% y el 20% la incidencia de agresiones sexuales a menores (Finkelhor, 1980; López, 1992; Vázquez Mezquita, 1995). Sin embargo, el índice de abusos denunciados o realmente detectados por la policía, es mucho menor. Como ejemplo, valgan los datos del Grupo de Menores de la Brigada Provincial de Policía Judicial de Madrid, donde en 1992 se detectaron 58 menores víctimas de delitos contra la libertad sexual. En Cataluña, la Direcció General d'Atenció a la Infància (DGAJ) registró 18 casos de abuso sexual infantil en 1990, aumentando a 65 durante los seis primeros meses de 1997. En 1999, la cifra subió a 198 víctimas, siendo la franja de 4 a 7 años la más castigada. Una representación gráfica de la realidad de este tema se ofrece en la figura 2.1 a través del llamado "iceberg del abuso infantil" (Vázquez Mezquita, 1995) donde se observa que aún la inmensa mayoría de casos de abuso sexual infantil (en la base del iceberg) son conocidos sólo por el autor y tal vez algún pariente siendo muy pocos los casos que son denunciados y llevados a juicio (punta del iceberg).



Figura 2.1. Iceberg del abuso infantil.

Otro de los escollos que han tenido que sortear aquellos profesionales tanto del ámbito de la salud mental como del campo de atención al menor que luchan por un reconocimiento y afrontamiento eficaz a este problema social, ha sido lo que se ha denominado “Síndrome de la Falsa Memoria” (Orengo García, 1994), y, directamente relacionado con este tema, el cuestionamiento de la veracidad o adecuación del testimonio infantil en entornos judiciales (Diges y Alonso-Quecuty 1993).

Respecto al primer punto, el hecho de que muchos recuerdos traumáticos reprimidos o disociados puedan salir a la luz en un entorno terapéutico ha sido

intensamente debatido, sobre todo en Estados Unidos¹, alegando factores como: sugestionabilidad del paciente, inadecuación de ciertas terapias, el uso de la hipnosis dentro del “setting” terapéutico, la inexactitud con que se suelen recordar, en caso de hacerlo, determinados acontecimientos supuestamente traumáticos, la, en general, falta de incumbencia del terapeuta por el supuesto abusador y la aceptación automática e incuestionada por parte de algunos terapeutas de los recuerdos obtenidos por sus pacientes (Perry, 1993).

Ciertamente, las acusaciones hechas en litigios por la custodia de los hijos, la rentabilidad que puede seguirse de las denuncias o la simple venganza, puede hacer que, en ocasiones, se induzcan de manera torpe y cruel exageraciones y modificaciones de la realidad en la mente de algunos niños. Sin embargo, eso no evita que al menos el 70% de las alegaciones realizadas por niños puedan estimarse como verdaderas (Steller, 1992).

Por otra parte, dentro del ámbito de la psicología forense experimental, se viene realizando un esfuerzo importante para desmontar las concepciones erróneas sobre la psicología infantil que ha obstaculizado de manera en ocasiones penosa, la aceptación de sus testimonios en ambientes legales (Ceci, Ross y Toglia, 1987, 1990). Fundamentalmente la idea de que el niño es cognitivamente incompetente en cuanto a su capacidad de memoria y que es incapaz de diferenciar la realidad de la fantasía, han

¹ Este debate ha sido promovido sobre todo por la asociación “False Memory Syndrom” fundada en Filadelfia, y que aglutina a todas aquellas personas que de una forma u otra cuestionan casos de abuso sexual infantil alegando que se trata fundamentalmente de denuncias difamatorias, declarando “...que - sin fundamento alguno- sus hijos han recobrado recientemente la memoria de un abuso sexual hasta entonces disociado o reprimido”. Para una exposición más detallada sobre este tema, ver Orengo García 1994.

sido las dos armas fundamentales que se han esgrimido para cuestionar la veracidad de su recuerdo.

Siguiendo la obra de Diges y Alonso-Quecuty (1993), se observa como la investigación científica no respalda estos prejuicios sobre la exactitud y veracidad en el recuerdo del niño, sino más bien, son otro tipo de concepciones basadas en determinados sistemas de creencias o actitudes hacia la infancia, las que dificultan nuevamente un acercamiento más desprejuiciado a este tema.

No es el propósito de este capítulo hacer un estudio pormenorizado sobre el hecho del abuso infantil en sí. Las razones para que este tema sea uno de los más controvertidos en la práctica clínica aparecen evidentes a la vista de lo descrito hasta ahora. El sentido de esta breve exposición es proporcionar un marco de referencia para lo que configura la hipótesis, cada día más contrastada, de esta experiencia traumática como uno de los orígenes más comunes de la sintomatología propia de los trastornos disociativos y, más específicamente, del trastorno disociativo de la identidad (clásicamente conocido como trastorno de personalidad múltiple) (Chu y Dill, 1990).

En el siguiente subapartado se hará una descripción pormenorizada de los efectos que el abuso en edades muy tempranas puede tener en la psique del sujeto infantil. Para ello se prestará una atención especial a los mecanismos cognitivos que de manera natural se encuentran en el niño como forma de entender y desenvolverse en el mundo. Desde esta perspectiva, se podrán comprender mejor los procesos de adaptación (o mecanismos de adaptación-supervivencia) que tienen lugar ante realidades tan traumatizantes como la del tema que nos ocupa. Esta perspectiva se

encuadra en el marco de una *psicopatología evolutiva* (Monedero, 1990; Achenbach, 1982; Sigman, 1985; Campbell, 1983).

Consecuencias psicopatológicas del abuso infantil: una psicopatología evolutiva.

El propósito de esta perspectiva consiste en mostrar las alteraciones psicológicas en relación a las experiencias previas, describir las tareas evolutivas que debe afrontar el individuo, así como lo que parece posible esperar en fases posteriores. Para poder describir y explicar dichas alteraciones, la conducta patológica o síntoma debe ponerse en relación y entenderse desde el momento evolutivo en que se encuentra integrada, haciendo especial hincapié en las causas que la originan (Monedero, 1990).

Desde este encuadre, la edad a la que el abuso sexual ocurre, va a ser determinante a la hora del desarrollo de la sintomatología que puede observarse en el sujeto infantil afectado. Por ello, siguiendo a Classen (1995), puede hacerse una diferenciación de los distintos momentos evolutivos que van a ocasionar las distintas formas de respuesta ante la situación del abuso.

Así, *de 0 a 2 años*, el abuso sexual parece ser bastante infrecuente, y, de darse, las secuelas serían fundamentalmente físicas más que psicológicas. El hecho de que los recuerdos más tempranos ocurran a partir de los tres o cuatro años implicaría que en el caso de que hubiera una situación de abuso antes de esa edad, el acto en sí no se recordaría. Lo que se ha cuestionado es la posibilidad de tener una especie de “memoria somática”, esto es, ciertas sensaciones físicas en edades posteriores, que de

alguna manera se corresponden con la experiencia de abuso en edades muy tempranas. Esta hipótesis de difícil contrastación se apunta tan sólo como una posibilidad, ya que lo contrario, esto es, que ciertas sensaciones físicas *no puedan deberse* a experiencias sexualmente traumáticas tempranas, tampoco ha sido experimentalmente demostrado. En cualquier caso, la investigación en el área de la psicología evolutiva sugiere que en estas edades, el niño puede ya sentir angustia o algún tipo de malestar emocional cuando ciertas convenciones sociales se transgreden, aunque su nivel de conciencia de estos hechos sea aún muy pequeño. Por tanto, aunque se ha dicho más arriba que el abuso sexual ocasionaría un trauma sobre todo físico, también de alguna forma podría tener repercusión en la vida emocional, aunque el niño carece de mecanismos cognitivos para tener recuerdos específicos sobre ello.

Durante la *edad preescolar, de 2 a 5 años*, el niño comienza a integrar el sentido de sí mismo, como un agente activo en el mundo, con las restricciones impuestas por el mundo que le rodea. También en esta edad comienza a aprender habilidades para afrontar la angustia. Es en estos momentos cuando la capacidad de *disociar* y de *negación* se desarrollan más rápidamente. Por tanto, durante el abuso, el/la niño/a utilizará la negación o la disociación como una forma de protección ante la experiencia vivida. Estas estrategias defensivas son altamente efectivas, por lo que la víctima puede seguir utilizándolas a lo largo de toda su vida como forma de afrontar el dolor que rodea toda experiencia de abuso, no siendo consciente de ello hasta el momento de entrar en terapia. Si las consecuencias psicológicas del abuso son más graves a estas edades que en edades posteriores, es algo sometido a discusión. Así, se ha argumentado que en estas edades no existirían sentimientos de culpa, mientras, por otro lado, se hace hincapié en el efecto negativo que estas experiencias producen en el

desarrollo del yo, fundamental en esta etapa evolutiva. Aunque algunas investigaciones apoyan esta segunda opción, el tema sigue abierto.

Desde los *6 años hasta la adolescencia* las capacidades cognitivas se incrementan a la vez que aumenta también la competencia social. Un aspecto importante de este momento evolutivo es el establecimiento de *normas* y por tanto, un conocimiento moral que le permite saber lo que está bien y lo que está mal. Es por eso que la *culpa* puede ya aparecer como un aspecto importante en las consecuencias del abuso. La disociación y la negación dan paso a otros mecanismos defensivos como la racionalización y la inculpación. En estas edades las relaciones sociales adquieren una mayor relevancia ya que el niño ha aprendido a compartir actividades lúdicas con los demás y aprende a confiar en ellos como soporte social. En este sentido, la opinión de los demás cobra a partir de ahora una importancia especial. En estas edades la experiencia provoca mayoritariamente sentimientos de vergüenza, culpa y confusión lo que, a su vez, repercute en la propia sensación de seguridad y en las relaciones interpersonales. Durante este período, el abuso sexual tiene una mayor incidencia que en las etapas anteriores. Mientras en esta etapa se desarrollan nuevos mecanismos defensivos, como se ha puntualizado anteriormente, en los casos de niños que permanecen siendo abusados desde etapas anteriores, la negación y la disociación continúan siendo las estrategias más utilizadas. Por tanto, los recuerdos referidos al abuso pueden no estar disponibles para una adecuada integración en el futuro.

En la *adolescencia*, el abuso sexual ocurre mientras el chico/a está en conflicto con aspectos de su identidad personal y de su sexualidad. El abuso en estas edades volverá a repercutir en los sentimientos de vergüenza, culpa y confusión provocando

efectos negativos en el desarrollo de la propia identidad. Las relaciones con el sexo opuesto pueden verse afectadas en el sentido de miedo o evitación de las exploraciones lógicas de esta edad o bien puede darse el patrón opuesto, esto es, una actividad sexual exagerada y poco ajustada. Más que usar estrategias de afrontamiento más maduras como la reflexión, el razonamiento o el aprender a manejar y resolver sentimientos de malestar personal, el/la adolescente tiende a actuar de forma impulsiva y con comportamientos autodestructivos, como el abuso de sustancias tóxicas, escaparse de casa o la promiscuidad sexual.

Después de esta breve descripción del efecto que el abuso sexual tiene en las distintas etapas evolutivas, se pone de manifiesto como la edad y la duración con que dichas experiencias tuvieron lugar, aparecen como una cuestión de enorme importancia a la hora del tratamiento de estos pacientes. Así, en función del mecanismo de defensa que se espera se active en los diferentes momentos, la terapia podrá enfocarse hacia unos aspectos psicológicos u otros. Se ha visto como la disociación aparece junto con la negación desde edades muy tempranas, pudiendo perpetuarse dicho mecanismo en etapas posteriores.

En resumen, la función defensiva de la disociación se basa por tanto en no hacer accesible a la conciencia aquellos hechos que de una forma u otra son fuente de angustia, siendo la experiencia traumática *separada, disgregada, disociada*, del entramado de vivencias que conforman el sentido de la realidad e identidad del sujeto traumatizado. La incapacidad (amnesia) que sigue a este mecanismo defensivo para recordar el trauma fue entendida y explicada de distinta forma por Sigmund Freud

(1856-1939) y Pierre Janet (1859-1947) cuyas perspectivas se describen a continuación.

2.3 Trauma y represión: el modelo explicativo de S. Freud.

Tomando la histeria como punto de arranque de lo que serían sus estudios más sistemáticos sobre el psiquismo humano, Freud va a pasar de una perspectiva biologicista directamente influenciada por Jean Marie Charcot tras su estancia en el Hospital de la Salpêtrière (1885-1886)², a un acercamiento más centrado en los mecanismos psicológicos (*defensas*) que se ponen en marcha ante el sufrimiento humano, que analizaría detalladamente junto con J. Breuer en los *Estudios sobre la Histeria* (1893-1895).

En la “*Comunicación Preliminar*” de los “*Estudios...*” este salto gestado lentamente se observa ya en las primeras frases de presentación “...llevamos varios años investigando, en las formas y los síntomas más diversos de la histeria, el motivo o el proceso que provocó el correspondiente fenómeno por vez primera, a menudo muchos años antes. En la gran mayoría de los casos no se logra esclarecer este origen mediante el simple examen del enfermo, por minucioso que sea, en parte, porque frecuentemente lo constituyen *vivencias que al enfermo desagrada tratar*, pero sobre todo porque éstas realmente *no las recuerdan* y a menudo no sospechan el nexo causal existente entre el proceso motivador y el fenómeno patológico”. (Cursiva nuestra).

² A este respecto, sus palabras son claras en su escrito “*Histeria*” de 1888: “La histeria descansa por completo en modificaciones fisiológicas del sistema nervioso, y su esencia debería expresarse mediante una fórmula que diera razón de las relaciones de excitabilidad entre las diversas partes de dicho sistema. Pero esa fórmula fisiopatológica no se ha hallado todavía”. Y más adelante, “La histeria es más una anomalía constitucional que una afección deslindada”.

El trauma psicológico aparece ya desde las primeras páginas de este escrito como analogía de los traumas físicos que ocasionaban las neurosis traumáticas que se observaban con posterioridad a lesiones corporales... “la causa patógena eficaz en la neurosis traumática no es ciertamente la lesión corporal que puede ser insignificante, sino el pánico, el trauma psíquico. De modo análogo (...) hemos hallado motivaciones de muchos síntomas histéricos, por no decir de la mayoría, que deben calificarse de *traumas psíquicos*. Puede actuar como tal cualquier vivencia que provoque los afectos penosos de pánico, angustia, vergüenza, dolor psíquico, etc.”.

Para que exista el trauma, la experiencia penosa debe haber quedado *sin respuesta emocional adecuada*, con lo cual perduraría en el psiquismo como una especie de cuerpo extraño, o núcleo patógeno que será origen de los síntomas desarrollados con posterioridad. Esto puede ocurrir como consecuencia de las circunstancias psíquicas en las que se encuentra el sujeto en el momento del acontecimiento (*estado hipnoide*, entendido como un estado alterado de consciencia que impide la ligazón de una situación estimular con el resto de contenidos de la vida psíquica), o por una situación determinada (ciertas *circunstancias sociales*) y, sobre todo, por el conflicto psíquico que impide al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que le ha sobrevenido (la noción de *defensa*). Esta falta de integración de la experiencia traumática apunta al tema que se viene tratando en esta tesis, si bien es cierto que en estas primeras etapas de la teoría psicológica de Freud, el interés teórico se va a centrar en la terapia a seguir (recuperación de estos recuerdos a través de la hipnosis) y sobre todo en el mecanismo de la *represión*, (tal como se expuso en el capítulo 1), más que en la disociación propiamente dicha.

Para Breuer y Freud, el hecho de que ciertos recuerdos o experiencias traumáticas no se hallen disponibles conscientemente para el sujeto, lleva a la noción de “*doble consciencia*” que explicarán de la siguiente forma, “...el recuerdo del trauma psíquico activo no se halla en la memoria normal del enfermo, sino en la del hipnotizado. Pues bien, cuanto más estudiamos este fenómeno, más nos convencemos de que esa escisión de la consciencia (...) existe rudimentariamente en toda histeria y la tendencia a esta disociación, y por tanto a la aparición de estados de consciencia anormales que llamaremos genéricamente hipnoides, es el fenómeno básico de esta neurosis. En esto coincidimos con Binet y Janet (...). La condición y el fundamento de la histeria es la existencia de estados hipnoides”.

Desde esta perspectiva para que el trauma se de como tal, éste debe ocurrir en condiciones de estado alterado de consciencia, lo que los autores definían como “segunda consciencia” o “*condition seconde*”, formando un grupo o grupos de representaciones excluidas del intercambio asociativo con otros grupos presentes en la vida consciente del sujeto. De esta forma, en los ataques histéricos se daría un “asalto” de esta segunda consciencia que irrumpe en el estado normal del individuo.

Por tanto, frente a la idea que se ha expuesto en la sección anterior, la disociación no sería tanto entendida como mecanismo defensivo del psiquismo, sino como una característica de éste *presente durante la ocurrencia de la experiencia traumática*. Es destacable en este punto la alusión que hace Freud a la noción de “disposición histérica”, esto es, cierta predisposición a tener estados hipnoides que harían a las personas más o menos vulnerables a padecer esta neurosis.

Desde una perspectiva actual, debe recalcarse la similitud de esta “disposición histórica” con el marco teórico desde el que en esta tesis se describe la disociación, esto es, como una *dimensión de la personalidad*, y, por tanto, un continuo en el tipo de experiencias a las que se refiere, que abarcan desde el rango de lo normal a lo patológico.

En cuanto al camino terapéutico que debe seguirse para Freud en este momento de su teoría, es extraer de esa segunda conciencia el afecto no reaccionado en su momento y corregirlo a través de una nueva asociación con el estado consciente del sujeto descargada ya la sobreexcitación emocional originaria. El afecto que se *reprimió* en su momento, impidiendo la eliminación de esa sobreexcitación psíquica, imposibilita el trabajo de la asociación de representaciones que se da en sujetos normales. Como se explica en las *Cuestiones Teóricas* de los *Estudios...* “...todos los afectos intensos perjudican la asociación, el proceso representativo. Se “pierde” la cabeza por furia o por pánico. Sólo el grupo de representaciones que han excitado el afecto persisten en la conciencia con su máxima intensidad. Así resulta imposible la compensación de la sobreexcitación por actividad asociativa”. La hipnosis será el camino elegido para acceder a lo que en este momento se denomina *doble consciencia*, si bien la evolución de su teoría hacia el estudio de distintos mecanismos de defensa entre los que están la represión, la regresión o el desplazamiento, tal como se describió en el capítulo anterior, haría que más adelante Freud abandonara esta técnica en favor de la asociación libre y el análisis de los sueños como nuevas vías de acercamiento a esta doble condición de la conciencia que llamaría *inconsciente*.

Por otra parte, el concepto del trauma sería objeto de una constante evolución en la teoría Freudiana. Así, el primer paso sería la concepción económica de desequilibrio en la excitación del sistema nervioso ocasionado por la intensidad de la emoción no reaccionada. Seguidamente, el interés teórico se centraría en el aspecto eminentemente sexual de toda experiencia traumática, utilizando el sujeto afectado en vez de las defensas normales (racionalización, desviación de la atención) defensas patológicas fundamentadas en la represión. Otro avance en esta línea, sería la teoría de la seducción originaria y de la escena segunda, según la cual el trauma propiamente dicho se activaría ante un segundo acontecimiento, que por asociación con la experiencia primera la carga de un sentido del que carecía en aquél momento al no disponer el sujeto infantil del marco de representaciones adecuado para entender el alcance y sentido de la experiencia vivida. En este sentido adquiriría todo su valor la expresión citada mucho tiempo antes en los *Estudios sobre la Histeria*: “los histéricos sufren sobre todo de reminiscencias”.

Poco a poco se va modificando también el papel del acontecimiento externo en pos de la activación de ciertas excitaciones de origen interno. Así comienza a tomar cuerpo toda la amplia perspectiva de la fantasía y el deseo inconsciente que dará un nuevo giro a la teoría freudiana del trauma. Desde esta nueva perspectiva, el trauma como origen de ciertos síntomas psicopatológicos se va haciendo cada vez más complejo, integrándose en otros avances teóricos fundamentados en las distintas etapas libidinales del desarrollo evolutivo. Serán las fijaciones a distintos aspectos de estas etapas las que provoquen alteraciones neuróticas o psicóticas de la vida psíquica, tomando cada vez más importancia aspectos como la predisposición y la historia infantil del sujeto. Lo endógeno y lo exógeno comparten etiología en el trauma.

Siguiendo con la evolución de su obra, hacia 1920 retoma el tema del trauma en *“Mas allá del principio del placer”*, volviendo en cierta forma a la teoría económica de sus principios exponiendo la idea de que una sobrecarga de emoción-excitación anula el principio del placer que guiaría la actividad psíquica. Así, la tarea psíquica por excelencia consistirá en ligar nuevamente esas excitaciones de tal forma que se posibilite su descarga ulterior. La compulsión a la repetición a través de revivir en los sueños la experiencia traumática, por ejemplo, daría cuenta de este trabajo psíquico de control de la representación que amenazaría la integridad del sujeto.

Una vez expuesta brevemente la evolución conceptual de Freud al tema del trauma, es interesante destacar lo que Breuer dice en los *Estudios sobre la Histeria*, obra comentada al principio de este apartado. Cuando al final de los *Estudios...* matiza una serie de cuestiones teóricas, hace referencia al gran cuerpo de conocimientos que sobre este tema ya existía, en sus propias palabras, “cuando una ciencia progresa con rapidez, ideas que al principio eran expresadas por unos pocos, pasan a ser de dominio público. Nadie que pretenda exponer actualmente su concepción sobre la histeria y su fundamento psíquico, podrá evitar el emitir y repetir una gran cantidad de ideas de otros (...) es casi imposible constatar en cada caso quién las expuso primero y también es inminente el riesgo de considerar como propio un producto que ya fue dicho por otros”.

Volviendo ahora a las primeras aproximaciones al tema del trauma se verá en qué medida estas palabras pueden estar haciendo referencia a quien podría darse el título de auténtico pionero en el estudio de la disociación, Pierre Janet. Aunque en el

capítulo 1 de esta tesis se hizo una amplia exposición de su teoría como origen del término “disociación”, el papel que juega el trauma en la puesta en marcha de dicho mecanismo psicológico es lo se tratará a continuación.

2.4 Trauma y Disociación: el modelo explicativo de Pierre Janet.

El núcleo central de la teoría de P. Janet descansa en los distintos niveles de conciencia que conforman todo el sistema psicológico del individuo. Así, la formación de síntomas a partir del trauma estará ocasionado por 1) la incapacidad del paciente para evocar de forma consciente y voluntaria ciertos recuerdos y 2) el revivir automático, irresistible e inoportuno de estos mismos recuerdos.

La explicación para que esto ocurra así no va a estar basada en un trabajo de represión y defensa como lo describía Freud, sino más bien en cierta peculiaridad del funcionamiento psíquico, reflejado en la noción de “*ideas fijas subconscientes*” como núcleo patógeno para la formación de síntomas y un “*estrechamiento del campo de conciencia*”. Es precisamente esta reducción de la capacidad consciente la que imposibilita la integración de esas experiencias traumáticas en la vida del sujeto, provocando estados vivenciales con funcionamiento autónomo respecto del control consciente. El uso de la hipnosis o la charla automática sin esfuerzo atencional, tendrán su fuerza terapéutica por cuanto dejan aflorar las ideas que han quedado activas en un sistema subconsciente no integrado. Esa no integración es debida a una especie de debilidad mental entendida como déficit de la capacidad asociativa.

Por tanto, el papel del trauma en la perspectiva Janetiana se centrará en la formación de ideas (experiencias traumáticas) no accesibles a la memoria del sujeto que se transforman en síntomas psicopatológicos ante la incapacidad de asociar dichas ideas con las representaciones existentes en el sistema consciente. La acción patológica de esas ideas se basa en la ausencia de control, en su automatismo al transformarse en acción disociada, disgregada, fuera del control consciente del sujeto traumatizado.

En realidad, a lo largo de la evolución de su teoría, el interés de Janet no estará centrado en lo traumático sino en la descripción de cómo pueden darse en el psiquismo humano distintos estados paralelos de conciencia en función del grado de control ejercido por el sujeto, y, lo que es más importante, cómo ciertas experiencias pueden estar disociadas en cuanto que no comparten un mismo nivel de control consciente, o, dicho de otro modo, al fallar la función de síntesis llevada a cabo por el sistema consciente. Este punto de vista fue descrito en profundidad en su obra "*El automatismo psicológico*" (1889).

Por tanto, mientras para Freud el trauma estará teóricamente unido a las nociones de represión y defensa, en el caso de Janet será la exclusión del trauma (transformado en ideas fijas subconscientes) del sistema consciente, a través del mecanismo de la disociación, lo que provocará automatismos conductuales (síntomas) no integrados, y por tanto, patológicos. La represión propuesta por Freud sería entendida por Janet, (según él, en el caso de que tal proceso inconsciente existiera), como una *consecuencia* de la incapacidad asociativa ocasionada por un decremento de la *tensión psicológica* y no la *causa* para el desarrollo de ciertos síntomas.

Como conclusión, a través de lo expuesto en este capítulo, se pone de manifiesto la relevancia que la experiencia traumática tiene en el desarrollo y evolución de los distintos patrones psicopatológicos con que el ser humano puede responder ante ésta. Se ha prestado especial atención al abuso sexual infantil como forma diferenciada trauma, fundamentalmente por sus devastadoras consecuencias en el sentido de la integridad del yo, siendo la causa más comúnmente propuesta para el desarrollo de los trastornos disociativos de la identidad.

Al mismo tiempo se ha considerado pertinente exponer las diferentes concepciones teóricas que sobre el trauma han hecho Freud (trauma-represión) y Janet (trauma-disociación), como punto de partida que pretende ser clarificador del marco conceptual desde el que entender el mecanismo disociativo.

Capítulo 3

LA DISOCIACIÓN: UN ENFOQUE PSICOFISIOLÓGICO

3.1 Introducción

Los trastornos disociativos y conversivos comprenden lo que tradicionalmente se ha denominado *histeria*: síntomas y síndromes que sugieren un trastorno neurológico, pero que ocurren en ausencia de un daño o alteración cerebral diagnosticable. Esta doble vía de la histeria formalizada en alteraciones somáticas (*histeria de conversión*) y manifestaciones psíquicas (*histeria disociativa*), pone ya de manifiesto la encrucijada de “lo biológico” y “lo psicológico” como modelos explicativos de este trastorno. Esta dicotomía mente-cuerpo ha seguido vigente hasta nuestros días, con implicaciones importantes tanto en el campo de la práctica clínica como en el de la investigación teórica (Orengo García, 1993b).

Este capítulo se centrará en los correlatos neurofisiológicos de ciertos fenómenos disociativos, y/o variables intervinientes en éstos, que han sido propuestos en algún momento como base teórica de la perspectiva biologicista. Se hará un análisis crítico de algunos de los aspectos más relevantes en este tema, como son: las

relaciones entre hemisfericidad cerebral, personalidad y psicopatología, trastornos conversivos y lateralización cerebral, fenómenos de negación de déficits en pacientes con alteraciones neurológicas, y las variables fisiológicas que modulan los estados hipnóticos, entendiéndose aquí la hipnosis como un procedimiento capaz de inducir controladamente ciertos fenómenos disociativos.

Estos acercamientos pondrán de manifiesto la intervención de ciertas variables neurofisiológicas, que, a través de *distintos niveles descriptivos*, se postulan como hipótesis explicativas desde las que entender algunos fenómenos pertenecientes de una forma u otra al ámbito de la disociación. Así, desde un nivel más general, se propone la relación hemisfericidad-personalidad como un posible modulador de ciertos estilos de vivenciar la realidad, donde se encuadrarían algunas características de ciertas manifestaciones psicopatológicas. Otro nivel descriptivo viene definido por la posible relación entre los trastornos de conversión y disfunciones localizables de uno de los dos hemisferios cerebrales (lateralidad cerebral) basada en la prevalencia de estos trastornos en el hemicuerpo izquierdo. Este acercamiento ha sido objeto de especial interés, si bien las dificultades metodológicas en la validación experimental de esta hipótesis, sugiere adoptar con cautela los resultados obtenidos hasta ahora. Los fenómenos de negación de déficits en pacientes neurológicos, han sido propuestos como ejemplo de “disociación fisiológica”, y, por tanto, se han esgrimido como una de las hipótesis más plausibles frente a las aproximaciones más psicologicistas. Sin embargo, tal y como se expone en el apartado 3.3, tampoco esta aproximación está libre de controversias. Por último, en un nivel descriptivo más específico, el registro de variables neurofisiológicas durante la experiencia hipnótica, trata de dar respuesta

al antiguo problema de si este fenómeno disociativo es realmente un estado alterado-diferencial de consciencia o, por el contrario, el resultado de la manipulación de variables socioculturales y/o motivacionales. Finalmente, en el apartado de conclusiones, se tratará de exponer el alcance y los límites explicativos de estos acercamientos.

3.2 Hemisfericidad cerebral y personalidad

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, el funcionamiento diferencial de los dos hemisferios cerebrales ha sido objeto de estudios cada vez más precisos, siendo hoy en día un hecho ampliamente contrastado (Bogen, 1969; Gazzaniga y col., 1965, 1970, 1975, 1977, 1985, 1988, 1992; Levy y col., 1972; Sperry, 1968, 1972; Springer y Deutsch, 1981, Galaburda, 1978). En la tabla 3.1 se presentan algunas de estas características diferenciales en el funcionamiento de ambos hemisferios.

Los experimentos clásicos de Sperry y Gazzaniga con pacientes comisurotomizados, (o con “cerebro dividido” al seccionar la unión del cuerpo calloso), pusieron de relieve las características funcionales de cada uno de los hemisferios del cerebro. Así, comienza una nueva era en el estudio de la que podría llamarse “disociación cerebral” al ponerse de manifiesto en este tipo de pacientes la imposibilidad de integrar información visual y verbal expuestas simultáneamente en distintas tareas perceptivas. La caracterización del hemisferio izquierdo como un centro de procesamiento de información eminentemente verbal y secuencial (función de análisis) y la del hemisferio derecho como centro de procesamiento de información

viso-espacial y holística (función de síntesis), potenció la aparición de un nuevo marco de referencia en la investigación neuropsicológica.

<i>Autor</i>	<i>Hemisferio izquierdo (dominante)</i>	<i>Hemisferio derecho (no dominante)</i>
Broca (1861-1863)	Lenguaje articulado	Sin lenguaje
Jackson (1864)	Expresión	Percepción
Jackson (1874)	Auditivo-articular	Retino-ocular
Jackson (1876)	Proposicional	Visual
Milner (1958)	Verbal	No verbal
Zangwill (1961)	Simbólico	Viso-espacial
Bogen y Gazzaniga (1965)	Verbal	Viso-espacial
Levi-Agresti y Sperry (1958)	Analítico	Sintético
Bogen (1969)	Proposicional	Aposicional
Beard (1989)	Cognitivo/no emocionable	Emocionable

Tabla 3.1. Características funcionales de la asimetría cerebral (Strub y Black, 1988).

En Vallejo Ruiloba, 1991.

Los estudios pioneros sobre hemisfericidad, centrados sobre todo en procesos perceptivos, han dado paso a nuevas vías de investigación en el campo de la psicopatología y de la personalidad, donde la "*hemisfericidad*" es entendida como una tendencia a depender de los procesos cognitivos favorecidos por uno u otro hemisferio cerebral (Bogen y col. 1972). Desde esta hipótesis se postula la posibilidad de que existan culturas determinadas por la dependencia del procesamiento diferencial de

uno de los dos hemisferios, en función de las demandas socio-ambientales del entorno. Así, se cita como ejemplo el caso de los indios Hopi del sudoeste de los EE.UU., caracterizados como “cultura de hemisferio derecho”, y los altos ejecutivos de la cultura occidental, como dependientes de la forma de procesamiento del hemisferio izquierdo (TenHouten, 1980). Si bien esta conceptualización socio-cultural puede estar más cerca de la caricaturización o ejemplificación extrema, que de un acercamiento científico al estudio de la personalidad, no deja de ser un buen ejemplo del alcance que ha tenido la hemisfericidad como marco explicativo de procesos psicológicos que van más allá de los estudios pioneros sobre la cognición humana.

La influencia de la hemisfericidad en la regulación de la vida afectiva también ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios (Ahern y Schwartz, 1979; Galin, 1974; Ross, 1981; Schwartz y col., 1979; Tucker y col., 1981). Si bien algunos autores han propuesto una dominancia del hemisferio derecho en este aspecto (Bryden, 1982), se ha acumulado una considerable evidencia de la participación de ambos hemisferios, pudiendo considerarse el hemisferio derecho como el encargado de procesar emociones de carácter negativo, mientras el hemisferio izquierdo sería el regulador del procesamiento de emociones positivas (Davidson y Fox, 1982; Sackeim y col., 1982; Bear, 1983).

Por otra parte, los estudios realizados en pacientes con epilepsia en el lóbulo temporal, han proporcionado evidencias que sugieren una asociación de trastornos en procesos cognitivos en pacientes con epilepsia en el lóbulo temporal izquierdo, así como trastornos afectivos en pacientes con epilepsia en el lóbulo temporal derecho

(Flor-Henry, 1969). Otros autores han sugerido la existencia de diferentes “estilos de respuesta” ante distintas tareas, en función de la localización del foco epiléptico (McIntyre y col., 1976). De este modo, los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal derecho evidencian un estilo de respuesta más impulsivo en comparación a los pacientes con epilepsia en el lóbulo temporal izquierdo, que manifiestan un estilo mucho más reflexivo.

Basándose en estos y otros estudios, Bear y Fedio (1977) desarrollaron un cuestionario (el *Personal Inventory*) que pretendía reflejar los rasgos diferenciales existentes en la personalidad de estos pacientes. A partir de la pauta de respuesta en este instrumento y en la observación clínica, los autores concluyeron que los pacientes con epilepsia en el lóbulo temporal derecho, manifestaban predominantemente rasgos de personalidad determinados por la emocionalidad, mientras los pacientes con epilepsia localizada en el lóbulo temporal izquierdo exhibían, mayoritariamente, rasgos más caracterizados por su mundo ideativo.

Posteriormente, y tomando como referencia el *Personal Inventory* de Bear y Fedio, otro investigador, W. Vingiano (Vingiano, 1989) desarrolló un interesante estudio basándose en la siguiente hipótesis: si las dimensiones estudiadas en el *Personal Inventory* se refieren a rasgos de personalidad descritos en pacientes epilépticos, entonces podrá establecerse una relación entre una alteración neurológica focalizada (epilepsia del lóbulo temporal) y un rasgo de personalidad localizable neuroanatómicamente¹. Dado que muchas de las características descritas en el

¹ Si bien esta idea parece cuanto menos pretenciosa, no es el único acercamiento que se ha hecho en psicología a un posible correlato neuropsicológico de la personalidad. Así Eysenck (1976, 1985)

Personal Inventory se encuentran presentes en el rango de lo que se entendería por “personalidad normal”, el primer paso del estudio de Vingiano consistió en aplicar el cuestionario de Bear y Fedio a una muestra de población no patológica (307 estudiantes universitarios). Con las respuestas de los sujetos a las 18 características de personalidad que recoge el *Personal Inventory* se realizó un análisis factorial de componentes principales (Rotación Varimax) hallándose que la mayor parte de la variabilidad en las respuestas de la muestra podía ser explicada a través de dos factores. Estos dos factores nuevamente reflejaban la dicotomía entre rasgos cognitivos y emocionales y eran similares a los hallados tanto en el estudio de Bear y Fedio como en otros estudios de hemisfericidad. Este hecho hizo que se denominara el Factor I “Hemisfericidad Derecha” (donde se recogen características de personalidad basadas fundamentalmente en la regulación de la vida afectiva) y el Factor II “Hemisfericidad Izquierda” (cuyo contenido revela rasgos de personalidad basados en experiencias contemplativas o más moduladas por la cognición). Posteriormente y tomando como referencia los ítems que presentaban un mayor coeficiente de correlación con cada uno de los dos factores extraídos, se eligieron los 16 primeros ítems que definían cada uno de estos factores. Los 16 ítems del factor “Hemisfericidad Derecha” reflejaban fundamentalmente las dimensiones de “culpa”, “emocionalidad” y “viscosidad” mientras que los del factor “Hemisfericidad Izquierda” reflejaban mayoritariamente las de “religiosidad”, “intereses filosóficos” y “destino personal”. Basándose en estos resultados, se elaboró entonces un inventario que contenía los 32 ítems seleccionados, adoptándose un formato de respuesta ipsativa forzada. Este

propone y fundamenta la hipótesis de que el nivel de activación cortical se correlacionaría con dos polos de un rasgo de personalidad: Introversión y Extraversión. De esta forma, los sujetos con una alta actividad cortical tenderían a ser introvertidos mientras que los sujetos con el patrón contrario,

nuevo instrumento se denominó *Hemisphericity Questionnaire (HQ)* (Ver Anexos A y B para el cuestionario original y la forma traducida al castellano).

La distribución normal de las puntuaciones obtenidas en este nuevo cuestionario (HQ) por 402 sujetos entre los que se hallaban estudiantes universitarios, estudiantes de psicología en prácticas, residentes de psiquiatría y personal de enfermería, mostró un nivel discriminativo adecuado del HQ. Como pruebas de validez discriminante y concurrente se efectuaron otros análisis, donde se comparaban las puntuaciones obtenidas en el HQ con las de medidas estandarizadas de depresión (como prueba de emocionalidad de "Hemisfericidad Derecha"), tests de contenido verbal (funcionamiento cognitivo de "Hemisfericidad Izquierda"), y cuestionario de personalidad (16 PF de Cattell), obteniéndose en todas estas pruebas resultados consistentes con las hipótesis previas. Así, aquellas personas denominadas como de "hemisfericidad derecha" tendían a tener puntuaciones más altas en pruebas de "emocionalidad" que en las de contenido verbal, con el resultado contrario para aquellas personas de "hemisfericidad izquierda". En el caso del 16 PF, se aislaron 8 factores donde las diferencias de puntuación entre ambos grupos era significativa. Estos fueron²: *poca fuerza del ego-mucha fuerza del ego (C)*, *trectia-parmia (H)*, *praxermia-autia(M)* y la escala de *sinceridad*, con puntuaciones más bajas en los sujetos de "hemisfericidad derecha" y más altas en los de "hemisfericidad izquierda".

tenderían a ser extravertidos, ya que necesitarían mucha más estimulación externa para alcanzar un nivel óptimo de activación cortical.

² *Poca fuerza del ego-mucha fuerza del ego*= poco estable emocionalmente-emocionalmente estable

Trectia-parmia= cohibido-emprendedor

Praxermia-autia= práctico-imaginativo

Adecuación imperturbable-tendencia a la culpabilidad= apacible-aprensivo

Alaxia-protensión= confiado-perspícaz

Por otro lado, en los factores *poca tensión energética-mucha tensión energética(Q4)*, *adecuación imperturbable-tendencia a la culpabilidad (O)*, *alaxia-protensión (L)*, y la *escala de negación*, se obtuvo el patrón inverso: los sujetos de "hemisfericidad izquierda" obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los de "hemisfericidad derecha".

El relativo detenimiento con que se ha descrito el proceso de construcción del Cuestionario de Hemisfericidad de Vingiano, se justifica por ser un ejemplo del estudio sistemático de las posibles relaciones entre el funcionamiento diferencial de ambos hemisferios como moduladores de la personalidad.

También se han hecho intentos de relacionar la especialización hemisférica con algunas alteraciones psicopatológicas como la depresión o la esquizofrenia (Vela y Oliván, 1980, 1981, 1983). Siguiendo el trabajo de revisión de estos autores, la relación entre la esquizofrenia y la alteración funcional del hemisferio izquierdo ha sido sugerida en base a los trastornos que, sobre todo en el área del lenguaje y la elaboración del pensamiento, caracterizan a estos pacientes. Esta hipótesis ha recibido apoyo empírico, tanto a través de la medida de distintas variables neuroanatómicas y psicofisiológicas, como por el estudio de las psicosis de origen epiléptico, especialmente en aquellas epilepsias provocadas por focos situados en el lóbulo temporal. Las implicaciones neuroquímicas y psicofarmacológicas de la lateralización de funciones también ha sido estudiada desde esta perspectiva. En el caso de los trastornos afectivos, Vela y Oliván encuentran en la literatura datos, (basados tanto en

el estudio de pacientes con lesiones cerebrales localizadas en el hemisferio derecho como en estudios de laboratorio), que sugieren:

1. La alteración en la comprensión del lenguaje afectivo.
2. Una mayor incidencia de psicosis maniaco-depresivas en epilépticos con focalidad temporal derecha.
3. La aparición de humor depresivo en aquellos sujetos a los que se les anulaba funcionalmente la activación del hemisferio izquierdo.
4. La existencia de síntomas de risa o llanto incontrolable en función de lesiones focalizadas en el hemisferio derecho o izquierdo respectivamente.
5. Una mayor efectividad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión cuando era aplicada bilateralmente o en el hemisferio derecho que cuando la aplicación se realizaba en el hemisferio izquierdo.

Si bien estos datos permiten inferir la lateralización dominante de algunos procesos emotivos en el hemisferio derecho, los autores concluyen con la necesidad de una mayor comprobación empírica de esta hipótesis.

3.3 Trastornos de conversión y lateralidad cerebral

Uno de los aspectos que en los últimos años ha centrado el interés de aquellos investigadores que se ocupan de los trastornos de tipo conversivo, ha sido el intentar hallar un correlato neuropsicológico suficientemente contrastado de los trastornos conversivos o *histeria de conversión*.

Desde esta perspectiva, una de las hipótesis más habituales ha consistido en tratar de establecer una relación funcional entre dichos trastornos y alteraciones del hemisferio derecho, que justificaría la prevalencia de los trastornos conversivos en distintas zonas del hemicuerpo izquierdo (Stern, 1977; Galin y col., 1977; Drake, 1993; Hécaen, 1962). Esta relación ha sido considerada como hipótesis explicativa, tanto por los defensores de la perspectiva biológica como los de la perspectiva psicológica.

Mientras que para los defensores de la primera perspectiva, la relación estaría basada en la decusación de vías para transmitir información sensomotora tanto aferente como eferente, para los defensores de ciertas teorías psicologicistas esta relación sería más compleja. Para exponerla de forma breve, un primer acercamiento sería hablar de la llamada *comisurotomía funcional* (Hoppe, 1977). Desde esta hipótesis, la etiología se situaría en una imposibilidad de la persona para hacer consciente (a través de la *verbalización*) ciertas experiencias vividas pasiva o activamente. Dichas experiencias deben tener un carácter traumático, cuyo contenido no puede ser aceptado por la persona o que ocasionarían una desestructuración psíquica de la misma. Ante esta situación, el paciente recurriría a un mecanismo defensivo que le permita evitar la confrontación directa con dicha experiencia. Éste se hace explícito en la incapacidad de integración de información verbal-emocional que, como ya ha sido expuesto en el apartado anterior, está presente de forma diferencial en el tipo de información que elaboran ambos hemisferios cerebrales. De ahí el hablar de una comisurotomía funcional o no anatómica.

Una de las críticas que se han hecho a ciertas explicaciones psicologicistas es la falta de resultados experimentales capaces de validar las hipótesis planteadas. Sin embargo, también se han hecho avances en este aspecto, dentro del propio campo de la psicología, con estudios ya clásicos de expresión fisiológica ante la codificación de información de contenido emocional no consciente, por medio de la activación diferencial de hemisferios (Sperry, 1968; Ornstein, 1972). Desde esta perspectiva, se muestra que el organismo puede tener vías de expresión *al margen de la verbalización* o registro consciente de ciertos acontecimientos.

Por otra parte, los estudios presentados desde una perspectiva más biológica tampoco ofrecen conclusiones que puedan ser aceptadas de forma definitiva. Existen varias razones para ello, pero destaca una de la que se derivan las demás: la falta de control sistemático de la muestra utilizada en estudios experimentales. Un ejemplo de esta afirmación puede ser el estudio de Drake (1993), donde se sugería la aparición de trastornos de conversión en cinco sujetos que presentaban distintas lesiones cerebrales. Un análisis crítico de estos cinco casos permiten hacer las siguientes observaciones:

1. Falta de una descripción minuciosa del tipo de lesión que han sufrido los pacientes.

A menudo se sugieren diagnósticos ambiguos que se modifican paulatinamente sin que se llegue a alcanzar un diagnóstico preciso.

2. No se conoce en todos los casos la preferencia manual de los sujetos como criterio de lateralidad cerebral. Este es un dato importante, ya que es precisamente la lateralidad cerebral la que justifica la hipótesis experimental de este tipo de estudios.

3. No existe una homogeneidad en los resultados de las pruebas neurofisiológicas a las que son sometidos los pacientes.
4. La "*bella indiferencia*" parece ser el único factor común que comparten los cinco casos descritos. Sin embargo, las alteraciones cognitivas y motoras presentan distintos síntomas, siendo en principio difícil hablar de que compartan un cuadro clínico común.
5. La única prueba estandarizada de evaluación psicológica consiste en la aplicación del *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI), prueba bastante discutida en general (Pelechano, 1988), y especialmente cuando intervienen alteraciones neurológicas, al desconocerse el patrón de respuestas del sujeto antes de la lesión.
6. En ninguno de los casos se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las terapias recibidas ni de su evolución.

En general, las investigaciones basadas en estudios de casos sobre correlatos neurofisiológicos de alteraciones psicopatológicas, suelen adolecer de dos requisitos importantes para este tipo de acercamientos:

□ *Utilización de una muestra adecuada.*

Aunque las características de lo que sería una muestra adecuada son fácilmente deducibles (grupos por sexo, intervalos de edad, grupo/s control/es sin lesión o con otro tipo de lesiones que no alteren las funciones a estudiar,...), se llama aquí la atención sobre un aspecto: la importancia de aislar con criterios definidos a priori en

base a las hipótesis planteadas, el tipo de lesión específica (con las dificultades que esto conlleva en el campo de la neuroanatomía), que deben compartir los pacientes.

- *Homogeneidad y descripción exhaustiva en las pruebas utilizadas en las exploraciones neuropsicológicas.*

En este aspecto se pone nuevamente de relieve la necesidad de contar con instrumentos de exploración y medida, en este caso de variables neuropsicológicas, cuya objetividad y fiabilidad estén comprobadas empíricamente a través de adecuados procesos metodológicos de validación. Su utilización permitiría dar coherencia a los resultados diagnósticos en pacientes con alteraciones neuropsicológicas, en ocasiones difíciles de especificar. Sólo así se podrán hacer estudios minuciosos que permitan obtener patrones de respuesta diferenciales respecto al grupo/s control/es.

Si bien los estudios de "alteración anatómica-alteración de la función" tienen bastantes dificultades en cuanto a validez y fiabilidad en general, pero sobre todo en el caso de los trastornos de conversión, se han hecho otros intentos en los que se buscaba una base neuroanatómica desde la diferenciación hemisférica. Son los estudios sobre preferencia manual y la distribución lateralizada de los trastornos de conversión. La hipótesis que subyace en este tipo de aproximaciones empíricas es que las reacciones conversivas ocurren más frecuentemente en el lado izquierdo del cuerpo. Un estudio de este tipo fue el realizado por Stern (1977), quien seleccionó una muestra de 140 mujeres y 51 hombres previamente diagnosticados de reacción conversiva, y registró la distribución lateralizada de los siguientes síntomas: entumecimiento, pérdida de

sensibilidad, debilidad y parálisis. Los resultados obtenidos se presentan en las tablas 3.2 y 3.3:

Distribución lateralizada de entumecimiento y pérdida de la sensibilidad			
	Lateralización de síntomas		
Preferencia manual: DIESTROS	Lado izquierdo	Lado derecho	Bilateral
<i>Hombres</i>	7 (28%)	11 (22%)	6 (40%)
<i>Mujeres</i>	18 (72%)	40 (78%)	9 (60%)
<i>Total</i>	25	51	15
Preferencia manual: ZURDOS			
<i>Hombres</i>	0	2 (29%)	2 (40%)
<i>Mujeres</i>	1	5 (71%)	3 (60%)
<i>Total</i>	1	7	5
Preferencia manual desconocida			
<i>Hombres</i>	2 (20%)	3 (15%)	10 (48%)
<i>Mujeres</i>	8 (80%)	17 (85%)	11 (52%)
<i>Total</i>	10	20	21
Total de grupos	Lado izquierdo	Lado derecho	Bilateral
<i>Hombres</i>	9 (25%)	16 (20%)	18 (44%)
<i>Mujeres</i>	27 (75%)	62 (79%)	23 (56%)
<i>Total</i>	36	78	41

Tabla 3.2. Distribución lateralizada de síntomas conversivos de entumecimiento y pérdida de la sensibilidad. (Stern, 1977)

Distribución lateralizada de debilidad y parálisis			
	Lateralización de síntomas		
Preferencia manual: DIESTROS	Lado izquierdo	Lado derecho	Bilateral
<i>Hombres</i>	7 (37%)	9 (26%)	9 (30%)
<i>Mujeres</i>	12 (63%)	26 (74%)	21 (70%)
<i>Total</i>	19	35	30
Preferencia manual: ZURDOS			
<i>Hombres</i>	0	2 (33%)	1 (14%)
<i>Mujeres</i>	0	4 (67%)	6 (86%)
<i>Total</i>	0	6	7
Preferencia manual desconocida			
<i>Hombres</i>	2 (20%)	5 (45%)	8 (29%)
<i>Mujeres</i>	8 (80%)	6 (55%)	20 (75%)
<i>Total</i>	10	11	28
Total de grupos	Lado izquierdo	Lado derecho	Bilateral
<i>Hombres</i>	9 (31%)	31 (16%)	18 (38%)
<i>Mujeres</i>	20 (69%)	36 (69%)	47 (72%)
<i>Total</i>	29	52	65

Tabla 3.3. Distribución lateralizada de síntomas conversivos de debilidad y parálisis

(Stern, 1977)

Uno de los aspectos interesantes que pueden deducirse de estos datos, es la ausencia de diferencias significativas en los resultados entre sexos, aunque la muestra es

mucho mayor de mujeres que de hombres (72% de mujeres frente al 28% de hombres en el caso de entumecimiento y pérdida de la sensibilidad, y 71% de mujeres frente al 29% de hombres en el caso de debilidad y parálisis). A este respecto, habría que decir más bien que no existen diferencias en cuanto a la *prevalencia* de los síntomas, pero sí en cuanto a la *incidencia*.

Por otro lado, la frecuencia de síntomas bilaterales se muestra mucho más alta en aquellos pacientes en los que se desconocía su *preferencia manual*. Teniendo en cuenta que el dato de la preferencia manual se obtenía en aquellos pacientes que habían sido explorados por un neurólogo, puede deducirse que, en estos casos, la exploración psiquiátrica fue suficiente para emitir un diagnóstico de conversión basado en la evidencia de los síntomas. Esto tendría cierta lógica, ya que al presentarse los síntomas en ambos lados del cuerpo de forma súbita, y tras desestimarse alteraciones en la espina dorsal u otros síntomas neurológicos asociados, éstos pueden ser más fácilmente diagnosticados como de origen no neurológico.

Otro aspecto destacable es el hecho de que tanto los pacientes zurdos como diestros tienden a presentar sus alteraciones en lado izquierdo del cuerpo. Esto supondría que la hipótesis de que los síntomas se dan en el lado del cuerpo más "conveniente", (esto es, que ocasionan una menor incapacitación para el paciente), debe ser revisada como criterio de ciertas perspectivas psicológicas.

El desproporcionado número de pacientes que experimentaban tanto síntomas motores como sensitivos en las extremidades izquierdas podría sugerir que el hemisferio

derecho juega un importante papel en la mediación de los síntomas de conversión. El predominio del lado izquierdo del cuerpo en el dolor psicógeno también es consistente con este punto de vista (Merskey y Spear, 1967). Sin embargo, el gran número de pacientes con alteraciones bilaterales o que se presentan en el lado derecho del cuerpo, sugiere que si bien las diferencias funcionales entre hemisferios deben ser tenidas en cuenta, debe haber otros factores que también intervengan en la localización de los síntomas. Un hecho destacable, en este sentido, es que cuando los síntomas relatados eran debilidad o parálisis en los miembros, tendían a darse de forma bilateral. Sin embargo la pérdida de sensibilidad y el entumecimiento aparecían usualmente de forma unilateral. El autor no ofrece una explicación concluyente de estos resultados.

En resumen, parece que la mediación del hemisferio derecho en los trastornos de conversión está bastante definida, si bien no puede asumirse como única explicación el que exista una alteración del hemisferio contralateral al lugar donde aparece el síntoma. Al menos no si se toma como indicador de dominancia cerebral la preferencia manual, hecho que aunque puede ser discutido, puede también, en principio, considerarse una buena aproximación a este tipo de investigaciones donde, como se dijo anteriormente, el control de la muestra debe ser uno de los aspectos principales a tener en cuenta.

Uno de los factores que potencia esta aparente disgregación de resultados y de hipótesis descriptivas y/o explicativas, es la falta de líneas homogéneas de investigación. Si bien estas líneas pueden encontrarse en algunos marcos teóricos, a la hora de la investigación empírica se hace evidente la dificultad de encontrar una muestra suficientemente amplia que permita, con ciertas garantías de fiabilidad y validez, hacer

este tipo de acercamientos. El que los pacientes compartan un mismo diagnóstico no parece suficiente cuando la obtención de dichos diagnósticos no puede ser especificada a través de la metodología seguida. Otro problema añadido es el de los criterios utilizados para estos diagnósticos. Como se expondrá en el capítulo 4, el caso de los trastornos disociativos y especialmente de tipo conversivo, ocupa un lugar especial dentro de los retos nosológicos de los grandes sistemas clasificatorios en psiquiatría.

3.4 Fenómenos de negación de déficits en pacientes neurológicos.

Desde el campo de la neurología se ha observado que en una cierta cantidad de pacientes con daños cerebrales en el hemisferio no dominante (generalmente el hemisferio derecho) se presenta un síndrome caracterizado por no prestar atención, o considerar de forma anormal, áreas del hemicuerpo contralateral a la localización de la lesión ("*contralateral neglect*"). Este síndrome de alteración perceptiva del hemicuerpo izquierdo como consecuencia de daños localizados en el hemisferio derecho, es un hecho clínico que no escapa a la relación establecida entre la hemisfericidad y los trastornos de tipo conversivo descritos en el apartado anterior. Así, desde una perspectiva puramente biológica, el hecho de que en ciertos pacientes neurológicos puedan hallarse síndromes con un patrón similar a ciertos síntomas exhibidos por pacientes conversivos, sugiere una poderosa hipótesis cuya contrastación empírica permitiría un gran avance en la búsqueda de las bases fisiológicas de la histeria de conversión.

Junto al fenómeno de “*contralateral neglect*”, otras evidencias clínicas, como la no consciencia de déficits por parte de pacientes que sufren diferentes síndromes neuropsicológicos como la hemiplejía, síndrome de Anton, hemianopia, amnesias y afasias (McGlynn y Schacter, 1989), o en trastornos ocasionados por infartos cerebrales, estados demenciales o traumatismos craneales (Anderson y Tranel, 1989), merecen una consideración especial en el enfoque fisiológico de los trastornos disociativos seguido en este capítulo.

En efecto, es quizá sorprendente el descubrimiento de que un gran número de pacientes con lesiones cerebrales localizadas, son totalmente ajenos a los déficits que estos daños les han provocado, a pesar de que éstos son evidentes a personas de su entorno y que les incapacita abiertamente para ciertas tareas cotidianas. Así, algunos pacientes amnésicos insisten en que su memoria es perfectamente normal, o pacientes afásicos desconocen que su producción verbal es incoherente o carente de todo significado, o pacientes hemipléjicos no reconocen o incluso niegan abiertamente tener cualquier tipo de discapacidad motora.

El estudio de estos fenómenos desde distintas perspectivas teóricas ha aportado un vocabulario propio al campo de la neuropsicología. Así, el término *anosognosia* se refiere a la falta de conocimiento, consciencia o reconocimiento de un determinado trastorno por parte de la persona que lo padece. La *ausencia de insight*, la *no percepción de trastorno* y la *no consciencia de déficits* suelen referirse a la consciencia disminuida respecto a ciertos déficits neuropsicológicos y se usan indistintamente junto con el término *anosognosia*.

Por otra parte, los términos *negación de enfermedad* o *negación de déficits* presentan un matiz un tanto diferente y más cargado teóricamente, haciendo referencia a un mecanismo de defensa psicológico basado en el rechazo de dichas alteraciones. La negación, desde esta perspectiva es entendida como una reacción motivada por el paciente que, aún pudiendo tener acceso consciente a sus déficits, es incapaz de confrontarlos. En estrecha relación con estos conceptos aparece el de *indiferencia*, quizás el que más recuerda a ciertas características de la histeria (la “*bella indiferencia*”), que se caracteriza por una respuesta emocional de despreocupación y de un humor poco sintónico con los impedimentos que el trastorno ocasiona. Este tipo de respuesta emocional en pacientes que, sin embargo, si tienen conocimiento de su estado pero que no parecen prestarle atención, es denominada desde una perspectiva neurológica *anosodiaforia*, entendiéndose por ésta una total indiferencia hacia la enfermedad que padecen.

Tras los estudios clásicos de Babinski (1914) quien acuñó los términos de *anosognosia* y *anosodiaforia* para las alteraciones tanto cognitivas como emocionales encontradas en enfermos hemipléjicos, y la monografía de Weinstein y Kahn sobre el fenómeno de *negación de enfermedad* (1955), es a partir de los años 60 cuando comienza un renovado interés en la descripción de alteraciones referidas a la ausencia de consciencia de déficits en pacientes con alteraciones neurológicas.

Así, en los últimos 25 años se han venido publicando diferentes estudios recogidos en el artículo de revisión de McGlynn y Schacter (1989). Siguiendo este trabajo, se han encontrado fenómenos de negación de déficits en otras condiciones

patológicas que no se consideran normalmente entre los síndromes neurológicos clásicos, como la *poriomanía*, donde los pacientes epilépticos presentan un comportamineto errante del cual no son conscientes (Mayeux y col. 1979), la *diskinesia tardía* o movimientos inconscientes en pacientes esquizofrénicos (Alexopulos, 1979; Myslobodsky, 1986; Myslobodsky y col., 1985), estados confusionales agudos como resultado de alteraciones tóxicas (Chédru y Geschwind, 1972), *esclerosis múltiple*, que afecta a la sustancia blanca del sistema nervioso central y que puede ocasionar tanto euforia como anosognosia (Harrower y Kraus, 1951; Peyser y Poser, 1986; Surridge, 1969), o algunos trastornos de personalidad en los que el paciente tiene poca o ninguna consciencia de su problema (Horton, 1976; Ley y Bryden, 1981). Aunque existen relativamente pocos trabajos sobre la naturaleza exacta de la no consciencia de síntomas en estas alteraciones, su ocurrencia da una idea de la extensión de este fenómeno.

Dentro de los intentos de explicar la aparición de fenómenos anosagnósicos, nuevamente aparecen dos líneas teóricas basadas, fundamentalmente, en las perspectivas que podrían denominarse biologicistas-localizacionistas y psicologicistas-motivacionistas.

3.4.1 Teorías biológicas-localizacionistas

Desde la perspectiva biologicista, varias son las hipótesis que se manejan sobre la influencia de lesiones neuroanatómicas, tanto focalizadas como difusas, en los fenómenos de negación de déficits. En cuanto a las lesiones cerebrales focalizadas, algunos autores destacan la importancia de las lesiones en el hemisferio derecho que

afectan generalmente el lóbulo parietal y sus interconexiones (Geschwind, 1965; Koheler y col. 1986; Critchley, 1953). Otros autores cuestionan la prevalencia de lesiones en el hemisferio derecho como causantes de fenómenos anosagnósicos, apoyándose en estudios donde las lesiones estaban localizadas en el hemisferio izquierdo, si bien estos casos son menos frecuentes (Cutting, 1978; Weinstein y Cole, 1963). Los conceptos de *alteración del esquema corporal* o *somatognosia*, también aparecen en estrecha relación con daños cerebrales focalizados en el área parietal del hemisferio derecho, que impediría el acceso consciente a la imagen integrada del propio cuerpo (Gerstmann, 1942). Consistente con este punto de vista, Denny-Brown y col. (1952) mantuvieron la hipótesis de que la anosognosia tendría su origen en la falta de síntesis en el lóbulo parietal de los múltiples estímulos sensoriales provenientes de un lado del cuerpo, denominando este trastorno *amorfosíntesis* (Denny-Brawn y Banker, 1954). Este fallo en la síntesis de información sensorial proveniente de la parte del cuerpo afectada, provocaría también las llamadas *alucinaciones kinestésicas*, según las cuales el enfermo puede estar convencido de que ha movido una parte paralizada de su cuerpo (Frederiks, 1969, 1985a).

Por otra parte, los trastornos anosagnósicos provocados por alteraciones del campo visual, son entendidos por otras teorías localizacionistas como una modalidad dentro de los trastornos del pensamiento. Esta perspectiva ha sido defendida basándose en una “disfunción cognitiva visuo-específica”, argumentando una estructura modular de los centros cerebrales de control estimular. (Bisiach y col., 1985, 1986).

Ciertos daños en el lóbulo frontal, como centro superior de integración, pueden también explicar la falta de consciencia de algunos procesos que modulan el acceso consciente a la información estimular proveniente del propio cuerpo (Stuss y Benson, 1986; Nauta, 1971). Esta hipótesis explicaría la falta de consciencia de déficits memorísticos en casos de amnesias atribuibles a distintas etiologías relacionadas con alteraciones en el lóbulo frontal.

Frente a los autores que se inclinan por una influencia de las lesiones neuroanatómicas focalizadas, otros autores defienden la anosognosia como una manifestación de un trastorno mental más amplio, atribuible a una patología cerebral difusa (Sandifer, 1946; Cole y col. 1968), pudiendo la no consciencia de déficits reflejar una alteración más general que afecte al razonamiento abstracto (Ullman, 1962). Por ejemplo, en un estudio sobre evaluación de la falta de consciencia de daños motores y cognitivos en 100 pacientes con infarto cerebral, demencia o traumatismos craneales, se encontró una relación positiva entre no consciencia de déficits y daños unilaterales del hemisferio derecho, ejecución alterada en cuestionarios de inteligencia y cierta desorientación temporal (Anderson y Tranel, 1989).

Todas estas hipótesis han sido sometidas a distintos análisis críticos que cuestionan su validez. Tal dispersión teórica sugiere que la base neurológica de los fenómenos de negación de déficits y anosognósicos están aún lejos de ser explicados de manera concluyente. Entre los problemas que impiden este hecho, según McGlynn y Sachter (1989), se encuentran:

1. La falta de claridad conceptual respecto al término “anosognosia”.
2. La subjetividad de las observaciones en que se basan muchos de los trabajos, por la carencia de métodos de exploración sistemáticos capaces de medir la presencia de anosognosia en los pacientes que componen las muestras de estudio.
3. La poca atención que se ha prestado a la diferencia entre anosognosia y negación defensiva, no habiéndose desarrollado métodos objetivos que permitan distinguir ambos fenómenos.
4. La ausencia, a menudo, de controles adecuados en las observaciones realizadas.

3.4.2 Teorías psicológicas o motivacionistas.

En contraste con las teorías basadas en correlatos neurofisiológicos, muchos autores han puesto de manifiesto que la anosognosia refleja, fundamentalmente, el uso motivado del mecanismo psicológico de defensa basado en la negación. Así, algunos autores sugieren que la personalidad premórbida es un factor desencadenante de esta alteración (Weinstein y Kahn, 1955). Entre las variables que se citan con más frecuencia en la personalidad previa de estos pacientes, se encontrarían el rechazo de la enfermedad como un símbolo de imperfección, la tendencia a negar otras características de inadecuación personal percibidas en su vida cotidiana, o la necesidad de prestigio y estima por parte de los demás. De este modo, la anosognosia sería una manifestación del deseo del paciente de “estar bien”.

Esta perspectiva es también apoyada por otros autores que, sin embargo, conciben la anosognosia como un mecanismo de afrontamiento-evitación de la ansiedad

(Goldstein, 1939, 1942). El hecho de que los pacientes raramente nieguen la ocurrencia del accidente o daño en sí mismo, sino sólo los déficits que éste ha ocasionado, puede hacer de la negación una alteración comportamental secundaria utilizada como mecanismo adaptativo frente al estrés que ciertos pacientes experimentan ante la desorganización interna que perciben y su incapacidad de afrontar esta nueva situación (Rosenthal, 1983; Guthrie y Grossman, 1952).

Por otra parte, el hecho de que algunos pacientes se beneficien de terapias de rehabilitación basadas en la toma de consciencia de sus déficits, mientras para otros estas terapias son totalmente ineficaces, ha sido sugerido como un dato que indica la escasa atención prestada a factores motivacionales como desencadenantes de la anosognosia (McGlynn y Schacter, 1989).

Tampoco estas teorías han sido aceptadas sin discusión entre la comunidad científica (Critchley, 1949; Stuss y Benson, 1986; Frederiks, 1985a; Grimm y Bleiberg, 1986). Así, se ha argumentado que si la anosognosia es un mecanismo defensivo, ésta debería aparecer ante cualquier déficit originado por una enfermedad y no especialmente en aquellas originadas por un daño cerebral localizado preferentemente en los lóbulos frontal y parietal del hemisferio derecho. Además, el que se observe la no consciencia de déficits en pacientes cuya alteración no les incapacita ni supone un problema grave para el desarrollo de tareas de la vida diaria, (como en el caso de la hemianopia), cuestiona el aspecto de defensa argumentado por las teorías psicologicistas.

3.5 Disociación, trance e hipnosis: correlatos biológicos.

La hipnosis puede ser entendida como un fenómeno disociativo controlado y estructurado, inducido a través de un determinado procedimiento llamado *inducción hipnótica*. Si el resultado de este procedimiento lleva al sujeto a un estado alterado de consciencia cualitativa y cuantitativamente distinto al estado de vigilia (Bowers, 1976; Hilgard, 1965, 1975, 1986; Kihlstrom, 1985) o, por el contrario, forma parte del repertorio normal de conducta de un sujeto cuando se someten a manipulación variables socio-cognitivas como la motivación, expectativas, creencias, asunción de roles, etc, (Orne, 1970; Sarbin y Coe, 1972; Wagstaff, 1991; Barber, 1969, 1979), ha dado lugar a dos concepciones diferentes de la hipnosis.

Desde la perspectiva de la hipnosis como *estado*, la investigación de este fenómeno asume que existe un estado de consciencia distinto de otros estados de consciencia como el sueño, la vigilia o la inconsciencia. Este estado se denomina hipnosis, estado hipnótico, trance hipnótico, o simplemente *trance*. Por otra parte, los defensores de la teoría del *no estado*, entienden que los fenómenos hipnóticos pueden ser explicados dentro de los planteamientos de la psicología cognitiva y la psicología social, a través de una compleja interacción entre variables, como las actitudes, las motivaciones, las expectativas ante la tarea y habilidades imaginativas y cognitivas para dar lugar al comportamiento hipnótico (Capafons y Amigó, 1993).

Esta polémica no es nueva, ya que ha estado presente durante los últimos cien años, arrancando a finales del siglo XIX con las concepciones antagónicas de las

escuelas francesas de la Salpêtrière y de Nancy, representadas por Charcot y Babinski (escuela de la Salpêtrière) y Liébeault y Bernheim (escuela de Nancy). Para la escuela de la Salpêtrière, la hipnosis era entendida como una condición patológica, una neurosis provocada, gracias a ciertas condiciones neurofisiológicas presentes de manera especial en la histeria, mientras que para la escuela de Nancy, la base fundamental de la hipnosis se encontraba en el fenómeno de la sugestión (Ellenberger, 1970).

En cualquier caso, bien sea bajo un estado alterado de consciencia, bien sea a través de la potenciación de ciertas capacidades existentes en el repertorio cognitivo-conductual de un sujeto, lo cierto es que bajo inducción hipnótica pueden producirse fenómenos físicos o mentales que la persona experimenta como ocurridos fuera de su control consciente. En este sentido, el foco de la disociación hipnótica se encuentra en la *experiencia subjetiva de trance*, inducida de forma controlada y secuencial, independientemente de las variables que intervienen para que este fenómeno ocurra (Orne, 1958).

El estudio de las variables psicofisiológicas que acompañan a los fenómenos hipnóticos, ha sido una de las aproximaciones experimentales utilizadas con el fin de esclarecer la naturaleza diferencial o no (estado vs. no estado) de la hipnosis. En función del sistema biológico que determina los distintos indicadores psicofisiológicos, y siguiendo fundamentalmente los trabajos de revisión de Capafons y Amigó (1993) y Spiegel (1994), se presentarán brevemente algunos de los resultados obtenidos, tanto en procedimientos de hipnosis neutral, (aplicación estandarizada de una determinada

técnica de inducción hipnótica sin sugerencias específicas) como en el caso de hipnosis con sugerencias dirigidas a un fin.

- *Respuesta electrodérmica.*

En grupos muestrales bajo condiciones de hipnosis neutral, se ha encontrado una reducción de la actividad electrodérmica espontánea e inespecífica, en comparación con la respuesta obtenida por grupos controles. Cuando se empleaban sugerencias específicas, se han observado modificaciones en la dirección de las sugerencias empleadas. Así, en el caso de sugerencias con estímulos estresantes, los niveles de resistencia de la piel disminuyen mientras que en el caso de estímulos relajantes, aumentan. También se ha encontrado el patrón inverso (aumento de la respuesta electrodérmica ante inducciones ansiógenas y disminución ante sugerencias relajantes).

- *Tasa cardíaca.*

Aunque en los períodos iniciales de la inducción hipnótica tiende a producirse un aumento de este índice, a medida que avanza el proceso y sin que existan sugerencias en este sentido, la tasa cardíaca tiende a descender. Este descenso es más pronunciado si además existen sugerencias específicas en este sentido. En el campo de las aplicaciones clínicas de la hipnosis, este hecho se ha demostrado en el uso terapéutico efectivo de las sugerencias para modificar la presión sanguínea en pacientes con hipertensión arterial.

- *Temperatura periférica de la piel*

Como índice indirecto de la vasodilatación-vasoconstricción periférica, los estudios revisados indican que ésta aumenta, especialmente si se imparten sugerencias de relajación. Otros resultados interesantes son la alteración unilateral de la temperatura periférica de la piel en direcciones opuestas en ambas manos como respuesta a

sugestiones hipnóticas de frío y calor. Como aplicación clínica de este fenómeno se ha observado también la reducción e incluso la eliminación de hemorragias en pacientes hemofílicos o con hemorragias gastrointestinales.

- *Sistema gastrointestinal*

Algunos estudios informan sobre el control de síntomas como el dolor, irritación intestinal, distensión abdominal y secreción de ácidos gástricos a través del uso de la hipnosis. También ha resultado efectiva la inducción hipnótica para el control de las náuseas o vómitos como consecuencia del tratamiento con quimioterapia. La reducción de hasta un 39% en la excreción de ácidos gástricos ante sugestiones hipnóticas explícitas en relación a sensaciones de hambre o saciedad, es otro dato que apunta a la capacidad de la hipnosis para incidir en las respuestas fisiológicas del sistema neurovegetativo.

- *Ritmo respiratorio*

Diversos estudios han encontrado que el sistema respiratorio es especialmente sensible a las sugestiones hipnóticas, aumentando ante instrucciones ansiógenas y disminuyendo en situaciones relajantes. En el caso de la hipnosis neutral se da una reducción de este indicador, así como del consumo de oxígeno. Una de las principales aplicaciones clínicas ha sido el control de síntomas del asma.

- *Tono muscular*

Otra respuesta especialmente sensible a la sugestión hipnótica registrada a través del electromiograma es la del tono muscular, contracción voluntaria y la fatiga muscular. En general, con instrucciones de relajación, el tono muscular desciende, variando ostensiblemente en función del contenido de las sugestiones.

- *Actividad de la banda Theta (3-7 Hz.)*

La asociación de la banda Theta a estados de adormecimiento y sueño y, en general, a estados donde la atención está más dirigida a procesos internos que a estimulación ambiental, sugiere que una activación cerebral de este rango de frecuencias debe reflejarse de forma diferencial en sujetos altamente hipnotizables. En este sentido, se han encontrado sensibles diferencias entre sujetos altamente y escasamente hipnotizables en relación a la potencia de la banda Theta a nivel occipital, parietal, temporal, central y frontal en ambos hemisferios cerebrales.

- *Actividad de la banda Alfa (8-13 Hz.)*

Objeto de una gran controversia en cuanto a los resultados obtenidos experimentalmente, la actividad de la banda Alfa parece estar altamente influenciada por el tipo de inducción hipnótica utilizada, así como por las sugerencias específicas empleadas, sin que por el momento pueda hablarse de una correlación clara entre susceptibilidad a la hipnosis y la banda Alfa registrada a través de electroencefalogramas.

- *Actividad de la banda Beta (13-28 Hz.)*

Aunque existen relativamente pocas investigaciones sobre el ritmo Beta, algunos estudios piloto han sugerido que los sujetos altamente hipnotizables mostraban una mayor actividad Beta a nivel occipital derecho durante la condición de reposo en vigilia. También se ha encontrado una asimetría hemisférica con valores más altos de la banda Beta a nivel frontal, central y occipital en el hemisferio izquierdo de sujetos más sugestionables, no evidenciándose estas diferencias en el hemisferio derecho.

- *Bandas de alta frecuencia (40 Hz. o superior)*

La actividad electroencefalográfica de alta frecuencia ha sido asociada a la actividad cognitiva requerida en procesos de focalización de la atención y concentración en la tarea. Esta actividad de alta frecuencia ha sido observada en sujetos muy sugestionables durante condiciones de reposo y en la ejecución de tareas donde se medía el tiempo de reacción sin hipnosis, no registrándose en sujetos escasamente hipnotizables. Además, los sujetos altamente hipnotizables producen mayor densidad electroencefalográfica de ondas con frecuencias de 40 Hz. que los poco hipnotizables cuando se inducen estados emocionales. Este incremento es bilateral en ambos hemisferios cuando las emociones inducidas son de carácter positivo. En el caso de la inducción de emociones negativas ocurre el hecho inverso, es decir, una reducción de la densidad de esta banda de frecuencia en el hemisferio izquierdo, asociada a un incremento de la misma en el hemisferio derecho. Estos cambios no se encuentran en sujetos poco sugestionables.

- *Diferenciación y especificidad hemisférica*

El aumento de indicadores electroencefalográficos respecto al aumento de actividad en ambos hemisferios en situaciones hipnóticas, o en sujetos altamente hipnotizables, presenta el mismo patrón observado en situaciones de no hipnosis, esto es, una mayor actividad en el hemisferio izquierdo bajo la inducción de tareas de carácter analítico-verbal y un incremento de dicha actividad en el hemisferio derecho ante sugestiones de contenido viso-espacial. En este sentido, las investigaciones llevadas a cabo en la medida de este índice de actividad cerebral no ha aportado elementos novedosos al estudio de las variables psicofisiológicas de la hipnosis.

- *Potenciales evocados*

Esta línea de investigación parte del supuesto de que los individuos hipnotizados pueden experimentar cambios sensoriales y perceptuales que se verían reflejados en las correspondientes modificaciones de la amplitud de la respuesta cortical provocada ante un estímulo determinado, bajo inducción hipnótica. Así, en estudios recientes se han encontrado cambios en la amplitud de los componentes del potencial provocado ante alucinaciones hipnóticas en el sistema auditivo, visual y somatosensorial, especialmente en los componentes tardíos de la onda P300³, que refleja el procesamiento activo de la información. Estos cambios no son observables en sujetos escasamente hipnotizables.

- *Neurotrasmisores*

Una evidencia indirecta de un posible correlato neuroquímico de la hipnosis, es la encontrada en algunos estudios donde se ha hallado una correlación positiva entre hipnotizabilidad y niveles altos de ácido homovalínico (metabolito de la Dopamina) en el fluido cerebroespinal. La administración de anfetaminas (estimuladoras de la liberación de dopamina) se ha mostrado efectiva en el aumento de la capacidad de hipnotizabilidad de los sujetos experimentales en relación a los del grupo de control.

Todos los indicadores expuestos hasta aquí, si bien algunos están sujetos a fuertes controversias en cuanto a sus resultados, dan cuenta de la ocurrencia de modificaciones psicofisiológicas durante los procesos de inducción hipnótica, si bien

³El término P300 (Donchin, 1970) hace referencia a la aparición de una onda en los 300 ms. posteriores a la emisión del estímulo disparador de un potencial provocado. Esta onda refleja la actividad cortical del procesamiento de información significativa. La onda P300 se conserva como un término "clásico" ya que, de hecho, puede aparecer en cualquier momento entre los 300 y 900 ms. posteriores a la aparición del estímulo.

algunas de estas modificaciones no parecen diferenciarse de las que pueden ocurrir con el mismo tipo de estimulación en estado no hipnótico.

Esta perspectiva psicofisiológica, sin embargo, no parece que de una respuesta definitiva a los dos principales modelos teóricos propuestos sobre el mecanismo de la hipnosis (estado vs. no estado). Posiblemente la conceptualización de las variables neurofisiológicas como variables determinantes-causales y no como *variables intervinientes* sea uno de los aspectos que dejan esta cuestión abierta.

3.6 Conclusiones.

No parece que ninguno de los aspectos tratados en los cuatro apartados de este capítulo sobre: a) hemisfericidad cerebral, personalidad y psicopatología, b) trastornos de conversión y lateralidad cerebral c) fenómenos de negación de déficits en pacientes neurológicos y d) correlatos biológicos de la hipnosis, puedan explicar por sí solos la compleja interacción de mecanismos psicofisiológicos que dan cuenta del amplio rango de experiencias de la fenomenología disociativa. Esto implica que la pregunta “¿tiene la disociación una base psicológica o fisiológica?” está lejos de ser respondida, porque, en definitiva, puede no ser relevante. Lógicamente, tampoco es el objetivo de este capítulo potenciar esta dicotomía tan antigua y, sin embargo, aún presente en algunos acercamientos teóricos y empíricos a muchos aspectos básicos de la psicología. Tal y como se expuso en la Introducción de esta tesis, son las perspectivas integradoras las

que pueden abordar más adecuadamente la multidimensionalidad que caracteriza la disociación.

Es en este punto donde tiene sentido centrar la atención en una idea ya expuesta, esto es, el tomar las variables neuropsicológicas como las que modulan los mecanismos que ponen en marcha las experiencias disociativas. En este sentido, la descripción de algunos de los datos aportados desde el campo de la psiconeurología, realizada en este capítulo, tiene como objetivo ejemplificar la *mediación* que de una forma u otra juegan estas variables. En el caso de la disociación entendida como un *continuo* de fenómenos presente dentro de la experiencia humana, esta mediación se hace aún más evidente (en experiencias de absorción-concentración de la atención, por ejemplo). Sin embargo, es necesario recalcar que *mediación-intervención* no necesariamente significa *causación-determinación*. Las secuencias “alteración neurológica-alteración psicológica” o “alteración psicológica-alteración neurológica” propuestas desde ciertas perspectivas, podrían ser reconceptualizadas como un proceso-bucle, y por tanto, *interactivo* desde donde entenderse las distintas variables que definen la disociación bien patológica o bien como un mecanismo más del psiquismo humano.

Capítulo 4

PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO: UNA CLASIFICACIÓN CONFLICTIVA

4.1 Problemas de diagnóstico en la práctica clínica

En general, es aceptada la dificultad para detectar, en el contexto clínico, la presencia de los trastornos disociativos. Esto se debe principalmente a lo complejo del síndrome, a la poca conciencia del mismo por parte de los profesionales de la salud mental, y a la falta de una evaluación sistemática de los síntomas que describen dichos trastornos (Steinberg y col., 1991). Algunos de los diagnósticos erróneos que suelen recibir estos pacientes son: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, desorden borderline de la personalidad, epilepsia, y gran variedad de otros trastornos psiquiátricos (Coons, 1984; Kluft, 1991; Fink, 1990; Rosenbaum, 1980). Un problema añadido en la detección de los trastornos disociativos, es que esta psicopatología puede venir encubierta por alguna adicción (alcoholismo), sociopatía o por alteraciones afectivas (depresión) (Kirmayer, L.J. 1994; Terr, 1991).

Cuando la disociación se ha instalado como un estilo de afrontar la realidad, es fácil detectar experiencias disociativas como un factor común a los distintos estados que de una forma u otra impiden al individuo una adecuada adaptación a su medio habitual. Así, se han encontrado síntomas disociativos en numerosos trastornos psicopatológicos como estrés post traumático, (Blank, 1985; Bliss, 1983; Gelinas, 1984; Putnam, 1985) trastornos de la alimentación (Pettinati y col., 1985) o trastornos de ansiedad (Frankel y Orme, 1976).

Tradicionalmente, la exploración psicológica en pacientes susceptibles de padecer algún trastorno disociativo, ha dependido en gran medida de la formación y experiencia del clínico, y, también, del conocimiento existente sobre la sintomatología propia y/o asociada a estas alteraciones. Posiblemente haya sido la falta de consistencia y sistematicidad en la exploración psicológica, una de las causas de que los pacientes disociativos sean de los que más errores diagnósticos sufren y, en consecuencia, sean también los pacientes de las terapias más ineficaces (cuando no de una farmacoterapia simple en los grandes centros de salud mental). En un trabajo sobre la situación de los trastornos de personalidad múltiple en Europa, la situación española era resumida así “...los trastornos disociativos contemplados en el DSM-III-R son raramente diagnosticados como tales. Persistiendo aún la tradición diagnóstica alemana, importantes síntomas relacionados con los trastornos disociativos, se toman como psicóticos, y por tanto, como esquizofrénicos. Lo mismo ocurre con el trastorno de personalidad múltiple, que es prácticamente desconocido en la psiquiatría española.” (Orengo García, citado en van der Haart, 1993). Siguiendo este trabajo, se presenta de

forma resumida cual es la situación en otros países europeos respecto a este trastorno considerado como de los de más gravedad dentro de la sintomatología disociativa.

4.1.1. Breve perspectiva europea.

- *Bélgica*

Los trastornos disociativos y, en particular, los trastornos de personalidad múltiple, son raramente diagnosticados. A pesar de que muchos clínicos continúan negando su existencia, el escepticismo general se va suavizando. Así, ha habido en los últimos años un notable incremento en el interés por este área como lo demuestran las conferencias y simposiums realizados, tanto en hospitales como en centros universitarios. Uno de los principales investigadores sobre los trastornos disociativos en este país, J. Vanderlinden, ha desarrollado un cuestionario para medir la presencia de estos trastornos, el DIS-Q (Dissociation Questionnaire). Con este instrumento, ha hallado en la población general una prevalencia de los trastornos disociativos entre el 0.5% y el 1% (Vanderlinden et al. 1991; Vanderlinden, 1993).

- *Gran Bretaña*

La posición británica se sitúa como de las más conservadoras entre los países europeos hasta el punto de que en la 9ª edición de la clasificación británica de trastornos psiquiátricos (CIE-9) el trastorno de personalidad múltiple *no aparece*. En la 10ª edición aparece con una descripción que sugiere un escaso conocimiento de los datos actuales. Los pocos artículos publicados sobre este tema en el *British Journal of Psychiatry* expresan cierto escepticismo respecto al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de personalidad múltiple, considerando incluso que se trata de un fenómeno cultural de

Norte América (Fahy, 1988; Fahy y col. 1989). Sin embargo, existe un pequeño grupo de clínicos que diagnostican, investigan y tratan a pacientes con trastornos disociativos, especialmente con personalidad múltiple. Una queja común entre estos psicoterapeutas, es la poca (cuando no hostil) acogida que sus pacientes reciben en las instituciones de salud pública de Gran Bretaña.

- *Francia*

Este país es posiblemente el que mayor tradición posee respecto al estudio de los trastornos disociativos. La teoría de la disociación de Pierre Janet sentó las bases para lo que hoy se consideran nuevos estudios sobre fenómenos y trastornos disociativos. Así mismo, los casos más conocidos sobre personalidad múltiple en el siglo pasado (el siglo de oro en la psiquiatría francesa), fueron recogidos en este país. Después de lo que se podría denominar un gran período de latencia en el interés por este tema, han comenzado a aparecer tímidamente artículos sobre disociación y personalidad múltiple. Nuevamente, el escepticismo basado fundamentalmente en las publicaciones norteamericanas (Burgeois y Géraud 1990) y el interés en los trastornos disociativos (DeBonis y col., 1988; Malarewicz, 1990; Milbert, 1991) dividen la opinión de psicólogos y psiquiatras franceses.

- *Alemania*

Según el estudio de van der Haart, no se conocen grupos de investigación o de terapia especialmente interesados en este tema. Más bien todo lo contrario. Los esfuerzos individuales de algunos psicoterapeutas en crear una conciencia de estos trastornos entre los psiquiatras y psicólogos de este país, no han tenido una acogida

comunitaria. De hecho, en general, en la psiquiatría alemana no se diagnostican los casos de personalidad múltiple como tales. Los diagnósticos más utilizados en estos casos son los de personalidad borderline, esquizofrenia o psicosis. En los casos de pacientes con historia de abuso sexual infantil, se acepta la aparición de algunos trastornos disociativos, pero no de la personalidad múltiple. La gran tradición psicoanalítica imperante en este país, parece no estar interesada en publicar en sus revistas especializadas ningún trabajo sobre “enfermedades que pertenecen al campo de la psiquiatría” (Meymeth, G. comunicación personal, en referencia a la posibilidad de publicar artículos sobre personalidad múltiple en *Psyche*, la revista psicoanalítica más influyente en este país). Los servicios que la sanidad pública presta a estos pacientes son prácticamente nulos.

- *Dinamarca*

La situación danesa es resumida por el Dr. Erik Simonsen, Director de la Sociedad Internacional para el Estudio de los Trastornos de Personalidad de la siguiente manera: “nosotros no creemos que la personalidad múltiple exista aquí”. Sin embargo, según otros clínicos, esta es la “versión oficial” de los servicios públicos asistenciales en salud mental de este país. Entre los miembros de la Sociedad Danesa de Hipnoterapia Médica, este diagnóstico junto con otros trastornos disociativos si es conocido, aunque con escasa prevalencia. Donde si se está notando un auge importante dentro del estudio de la disociación, es en los trastornos por estrés post-traumático, más que en los de personalidad múltiple.

- *Suecia*

La gran tradición existente en Suecia sobre la investigación y usos clínicos de la hipnosis, hace a priori suponer un gran interés sobre los trastornos disociativos. Sin embargo, no parece que el diagnóstico de personalidad múltiple se encuentre siquiera en el vocabulario de los psicólogos y psiquiatras suecos. Desde la Sociedad Sueca de Hipnosis, muchos consideran el trastorno de personalidad múltiple como un síndrome norteamericano. Sin embargo, parece que el interés creciente en la problemática del abuso sexual infantil puede ser una vía de reconocimiento y de investigación sobre el mecanismo disociativo.

- *Noruega*

En el Hospital Psiquiátrico de Rogaland en Stavenger se encuentra el principal grupo de investigación sobre trastornos disociativos. Además, la Asociación Psiquiátrica de Noruega celebró en Oslo en 1993 un encuentro internacional sobre disociación. Aparte del grupo de Stavenger, no se conocen otros centros que actualmente diagnostiquen e investiguen sobre trastornos de personalidad múltiple. La mayoría de los profesionales noruegos en el campo de la salud mental se muestran, en general, escépticos.

- *Finlandia*

Hay muy pocos clínicos tratando actualmente este problema. La persona más influyente es el Dr. Kampman cuya perspectiva ha sido ampliamente criticada en Norteamérica. En sus escritos ha expuesto repetidas veces cómo las personalidades múltiples pueden ser creadas artificialmente en personal normales y altamente

hipnotizables y ha criticado la sobrediagnosís de casos de personalidad múltiple en EE.UU. Según su opinión, esto no significa que no exista como trastorno.

- *Austria*

Según el que fue presidente de la Sociedad Europea de Hipnosis en 1993, el austriaco Eric Böles, los trastornos disociativos y, en particular, el trastorno de personalidad múltiple, son raramente diagnosticados por parte de los especialistas austriacos.

- *Rusia*

Sólo intereses individuales parecen definir la situación rusa, sin que haya un marco asistencial o institucional que apoye la investigación en este tema. Se han realizado algunos encuentros esporádicos entre psicólogos rusos y profesionales americanos. La Asociación de Psicólogos Aplicados mostró su interés en la Conferencia Internacional sobre Trastorno de Personalidad Múltiple y Estados Disociativos, pero no parece que el diagnóstico de estos trastornos se lleve a cabo, generalmente, en este país.

- *República Checa y Eslovaquia*

Aunque se han detectado algunos casos de fuga psicógena y algunos otros con síntomas disociativos, en general estos pacientes son diagnosticados bajo otras etiquetas diagnósticas, en muchos casos relegados como borderlines, lo que aleja el foco de atención hacia determinada sintomatología. Por otro lado, algunos profesionales argumentan que, en realidad, no sabrían cómo tratar a pacientes con un diagnóstico de

personalidad múltiple. No existe actualmente ninguna línea de investigación sobre disociación en estos países.

- *Hungría*

En la Universidad de Budapest se está llevando a cabo un estudio epidemiológico sobre la presencia de experiencias disociativas en la población general húngara utilizando una versión traducida del DIS-Q (Dissociative Questionnaire). En el Hospital Psiquiátrico de Miskok también se investiga la prevalencia de estos trastornos entre los pacientes ingresados.

- *Polonia*

En Krakow, el profesor de psiquiatría J. Aleksandrowicz expone que en su Departamento de Psicoterapia, no se ha visto un sólo caso de trastorno de personalidad múltiple en los últimos quince años. En este tiempo probablemente tampoco se ha publicado nada sobre este tema en la literatura científica polaca.

- *Bulgaria*

El trastorno de personalidad múltiple es raramente diagnosticado como tal en Bulgaria. Posiblemente la orientación médico-biologicista existente en este país y las posibilidades limitadas para el contacto directo y continuado con los pacientes hacen difícil una exploración y seguimiento adecuados de los mismos. Por otra parte, el interés individual por parte de algunos clínicos ha hecho que se investigue en este área, habiéndose encontrado casos de trastornos disociativos y especialmente de personalidad

Múltiple en pacientes asiduos a terapias bioenergéticas, astrología, magia blanca y negra y grupos de hipnosis en masa.

- *Suiza*

En el estudio realizado por Modestin (1992) sobre el grado de conocimiento de 770 psiquiatras suizos sobre el trastorno de personalidad múltiple, el 39% expresó un total desconocimiento de concepto “trastorno de personalidad múltiple”; un 3% estaba tratando en el momento de este estudio a uno o varios pacientes con este diagnóstico y un 10% contestó que a lo largo de su carrera al menos una vez habían tratado a uno de estos pacientes. El resto de los encuestados no contestó. La opinión de los psiquiatras suizos se divide básicamente en tres grupos: los escépticos, los que creen en el componente iatrogénico para el desarrollo de este trastorno y los que lo clasifican como posesión, esto es, un fenómeno que pertenecería al ámbito de lo parapsicológico más que al de la psiquiatría.

Aunque geográficamente no está situado en Europa, por razones culturales es interesante conocer la situación en Israel. La Sociedad Israelí de Hipnosis realizó en 1987 unas jornadas sobre el trastorno de personalidad múltiple. Así mismo, en la Tercera Conferencia Nacional de la misma sociedad, se presentaron varios trabajos sobre el diagnóstico y tratamiento de este trastorno. Desde entonces se han publicado algunos artículos en la *Revista Hebrea de Psicoterapia* así como sesiones clínicas sobre este tema en el Instituto Israelita para el Tratamiento y Prevención del Estrés. Algunos de los casos detectados adoptan la forma de posesiones diabólicas siendo tratados más por rabinos y lo que podríamos llamar “curanderos” que por psicólogos o psiquiatras.

Rara vez llegan a los servicios de salud mental. Sin embargo, existe un creciente interés en los trastornos disociativos, a través del estudio del abuso sexual infantil.

Esta breve visión debe considerarse como lo que realmente es: tan sólo una panorámica general a través de, en muchos casos, comunicaciones personales realizadas a Onno van der Haart, quien actualmente puede considerarse uno de los más importantes expertos en el campo de los trastornos disociativos. Sin embargo, es interesante destacar que en muchas de las exposiciones realizadas desde diferentes países, el reconocimiento o no de la existencia de los trastornos disociativos y específicamente del trastorno de personalidad múltiple pasa, en ocasiones, por una actitud personal de apertura.

4.1.2. Un lugar común: la esquizofrenia.

El concepto de *esquizofrenia* acuñado por E. Bleuler en 1911 y las aportaciones posteriores de K. Schneider, han supuesto momentos decisivos en la evolución de la clasificación y el diagnóstico de las enfermedades mentales. La sobrediagnos de esquizofrenia en pacientes con cuadros clínicos complejos fue un hecho generalizado cuya influencia llega hasta nuestros días (Hilgard, 1977; Libbrecht, 1995). Esta influencia no ha sido una excepción en el caso del diagnóstico de los trastornos disociativos y, más específicamente, el trastorno de identidad disociativo (TID). Así, en una revisión de distintos trabajos sobre TID reflejados en la literatura entre 1903 y 1978, Rosenbaum encontró un descenso significativo en los casos denominados entonces de trastornos de personalidad múltiple, a la vez que aumentaban los diagnósticos de esquizofrenia (Rosenbaum, 1980). Este hecho no queda relegado a una coyuntura

histórica determinada. En la década de los 80, en una revisión de 100 casos de TID, Putnam y col. encontraron que un 49% de los pacientes habían recibido previamente el diagnóstico de esquizofrenia (Putnam y col. 1986).

La aceptación generalizada que supuso la descripción de los 11 síntomas¹ de primer orden propuesta por Kurt Schneider en 1959, así como el entusiasmo con que la comunidad científica recibió lo que entendía como una mayor fiabilidad en el diagnóstico de la esquizofrenia, puede explicar en parte los hechos que aquí se exponen. La presencia de, al menos, uno de estos 11 síntomas, se consideraba como patognomónico, en ausencia de organicidad, para padecer una esquizofrenia. Si bien esto parecía poner fin a los márgenes de error que a menudo se asumían en los diagnósticos de esquizofrenia, la realidad psicopatológica resultó ser algo más compleja.

Efectivamente, algunos de estos síntomas se han encontrado en pacientes maniaco-depresivos, pacientes con trastornos afectivos y, también, en aquellos con un trastorno de identidad disociativo (Andreassen y Akiskal, 1983; Carpenter y col., 1973; Kluft, 1987; Bliss, 1980; Putnam, 1986; Fink y Golinkoff (1990). Algunos datos representativos de estos estudios son los siguientes²:

- Entre un 20 y un 50% de pacientes maniaco-depresivos presentaban también algunos de los síntomas de 1º orden para el diagnóstico de esquizofrenia.

¹ Síntomas de 1º orden descritos por K. Schneider: 1. Eco del pensamiento, 2. Conversaciones entre voces alucinatorias, 3. Comentarios alucinatorios enjuiciando su conducta, 4. Alteraciones cinestésicas provocadas desde el exterior, 5. Robo del pensamiento, 6. Imposición del pensamiento, 7. Divulgación del pensamiento, 8. Percepción delirante, 9. Sentimientos provocados por otros, 10. Impulsos impuestos y 11. Actos impuestos

² Para más detalle, ver Orengo García, 1991



- En 30 pacientes con TDI se registró la presencia de una media de 3,8 síntomas schneiderianos (entre 1 y 8)
- En un análisis de 14 casos de pacientes con TDI se encontró que el 64% oían voces, el 36% veían visiones, un 73% creía que alguien estaba tratando de influir en sus mentes, el 55% sentía algún tipo de control sobre su mente y el 27% tenía emisión del pensamiento.
- En una muestra de 100 casos de TDI se registraron un 30% de pacientes con alucinaciones auditivas, un 28% de alucinaciones visuales, delirios en un 21% y trastornos del curso del pensamiento en un 19%.
- En 16 pacientes con TDI se encontró una media de 4,8 síntomas schneiderianos de 1º orden, siendo de 5,5 para un grupo de 11 pacientes esquizofrénicos.

Es fácil pensar, a la vista de estos datos que, en muchos casos, la superposición de síntomas entre esquizofrenia y TDI potencie la confusión diagnóstica en el campo de la disociación. Como ya se ha dicho en otro momento, cobra especial relevancia la formación y práctica clínica del especialista en salud mental, lo cual exige una cuidadosa reflexión a cerca de la fiabilidad y validez del diagnóstico de los trastornos disociativos. Relevancia importante para aquellos pacientes que, en ocasiones, reciben un diagnóstico erróneo de esquizofrenia cuyas consecuencias arrastran de por vida, con los efectos claramente perniciosos de una psicofarmacología inadecuada.

Como ya apuntan algunas voces de la comunidad científica, y tal como se expondrá con más detalle en el siguiente apartado, más allá de la clasificación sindrómica, debe prestarse especial atención a la *etiología* de los trastornos

psicopatológicos como una fuente imprescindible de información. Así, en el caso de los trastornos disociativos, aparece nuevamente el origen traumático de la disociación como un elemento diagnóstico que puede ayudar a delimitar la sintomatología que presentan algunos pacientes con claros solapamientos con el síndrome esquizofrénico. En este sentido, es esclarecedor el trabajo de Fink y Golinkoff citado anteriormente (1990) donde se pone de relevancia la importancia del abuso sexual infantil para el desarrollo de los trastornos disociativos, en especial, del TDI. El objetivo de este estudio era tratar de comprender mejor los distintos factores, en particular aquellos relacionados con acontecimientos vitales, que consideraban de importancia para la determinación de distintos diagnósticos psiquiátricos. Así, en una muestra de 16 pacientes diagnosticados de TDI, 11 de esquizofrenia y 11 de trastorno de personalidad límite, encuentran que el 94% de los pacientes con TDI habían sido abusados sexualmente en la infancia, de los cuales el 87% relataban más de 10 abusos ocurridos entre 1 y 5 años de edad. En el caso de los esquizofrénicos, sólo el 9% había recibido abuso sexual infantil y en un 64% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad se encontró también una historia previa de abuso físico o sexual (en este caso, los autores no especifican en diferencias de porcentaje el carácter del abuso, si bien ocurrieron a partir de los 10 años). En cualquier caso, las características y la incidencia de abuso sexual en la primera infancia aparecía como un elemento claramente diferenciador para establecer el diagnóstico de TDI frente al de esquizofrenia.

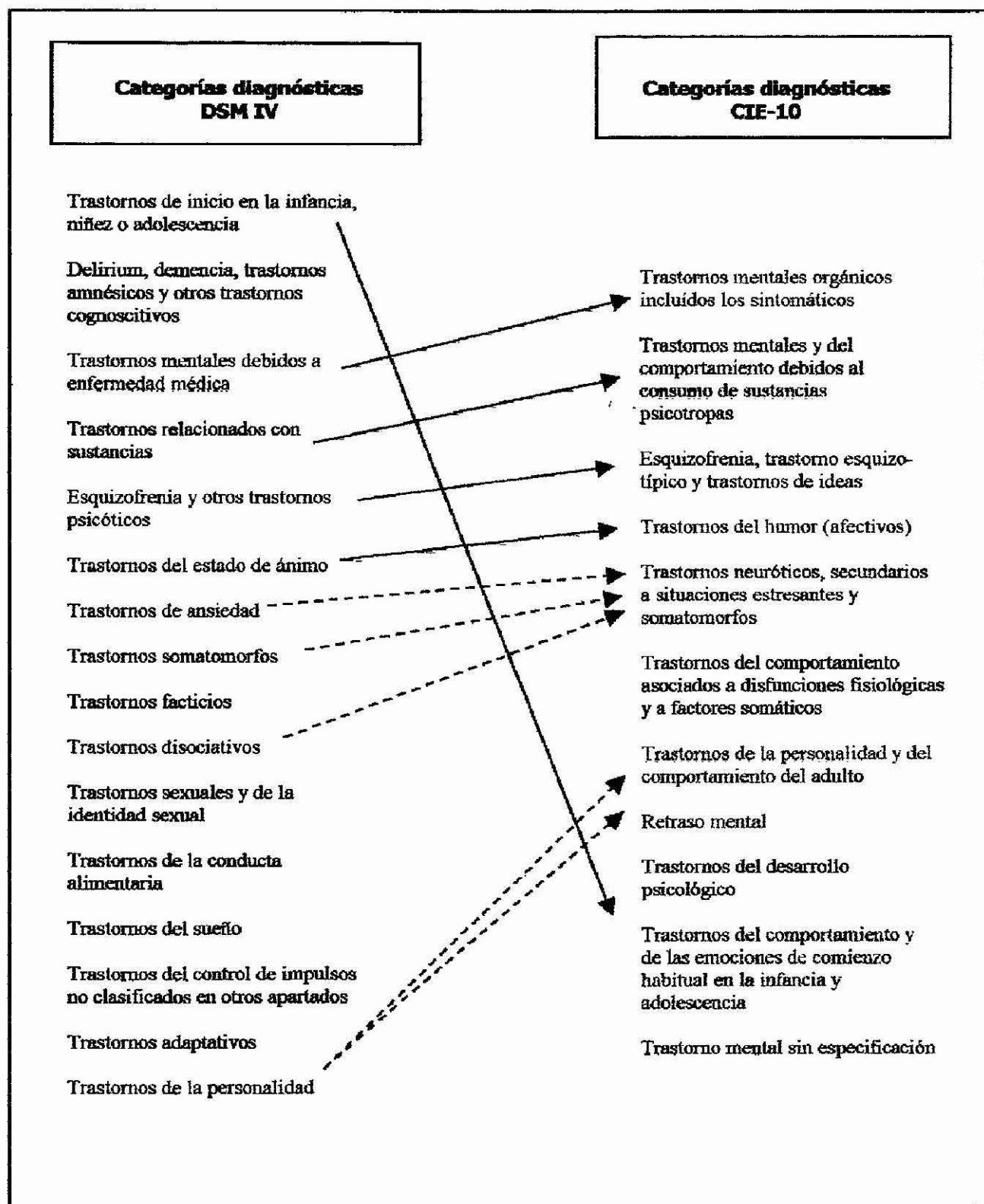
En este punto es pertinente contemplar la hipótesis propuesta por Herman y col. (1989) en cuanto al desarrollo de una “escala” en la adaptación infantil al trauma sexual, pudiendo ser los trastornos disociativos una forma extrema de elaboración de la

precocidad y severidad del trauma, los trastornos límite de la personalidad una forma intermedia, y ciertas formas de somatización y trastornos de ansiedad, una forma moderada y, por tanto, más “exitosa” de adaptación. En cualquier caso, en el discurso de algunas psicopatologías como formas de adaptación o respuesta al trauma, la esquizofrenia queda fuera de lugar, ya que difícilmente puede ser entendida como un mecanismo de defensa psicológica.

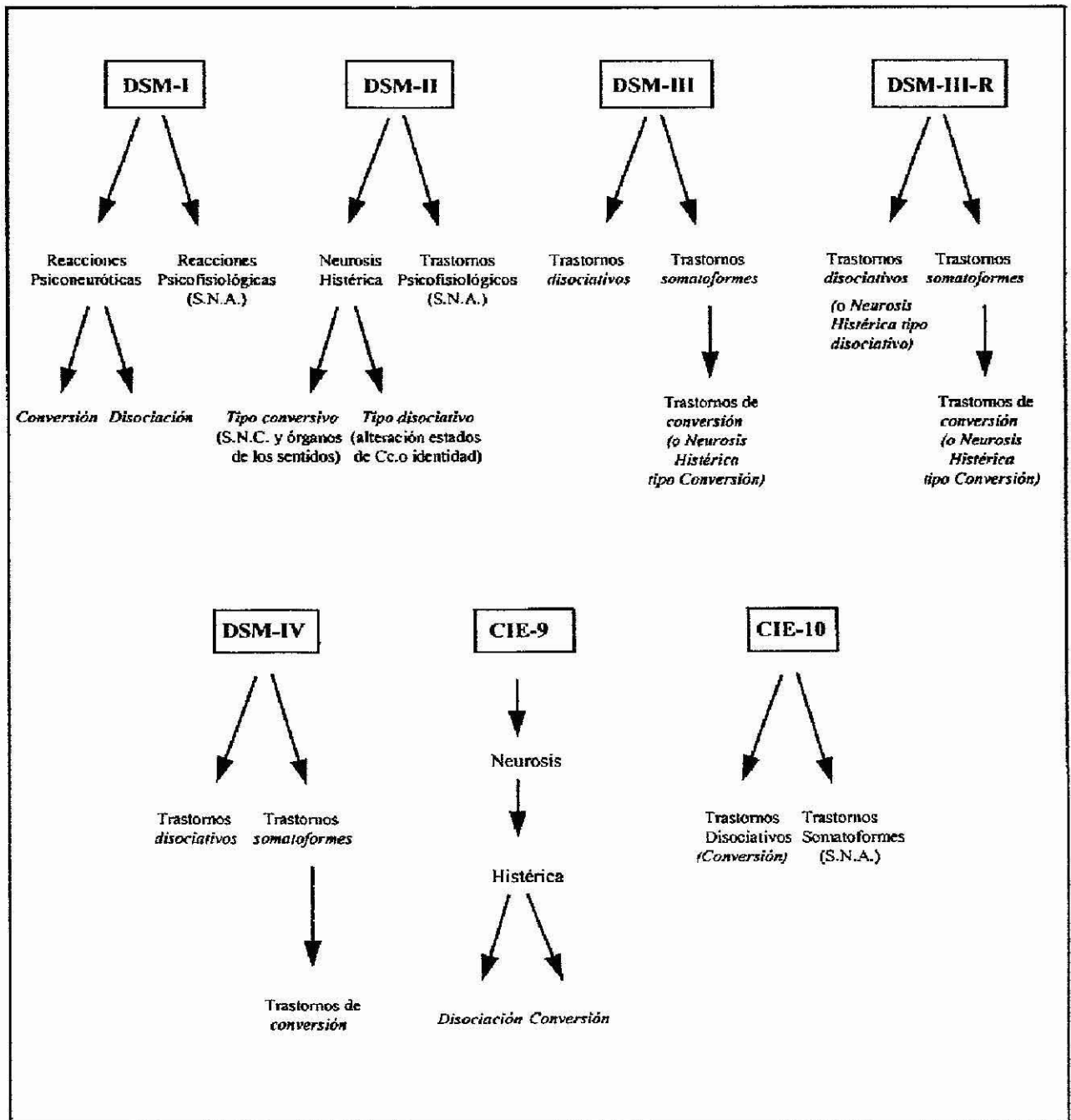
4.2 Clasificación de los trastornos disociativos en distintos momentos: los sistemas clasificatorios DSM y CIE.

Posiblemente, la poca conciencia del síndrome disociativo apuntada al principio de este capítulo, pueda estar modulada, además, por la falta de consenso que tradicionalmente ha existido en cuanto a su ubicación, denominación y descripción en los dos grandes sistemas clasificatorios pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud (*International Classification of Diseases – ICD*, en adelante, CIE) y a la Asociación Americana de Psiquiatría (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – DSM*). Esta falta de consenso existe ya desde la primera agrupación general de los diferentes trastornos mentales, tal y como puede apreciarse en el gráfico 4.1 donde, si bien algunos de los grupos diagnósticos parecen tener su equivalente en uno y otro sistema (con el mismo color y flechas continuas en el gráfico), otros se mantienen como grupos independientes (escritos en negro en el gráfico) como es el caso en el DSM de los trastornos de la conducta alimentaria, delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos, trastornos facticios, trastornos

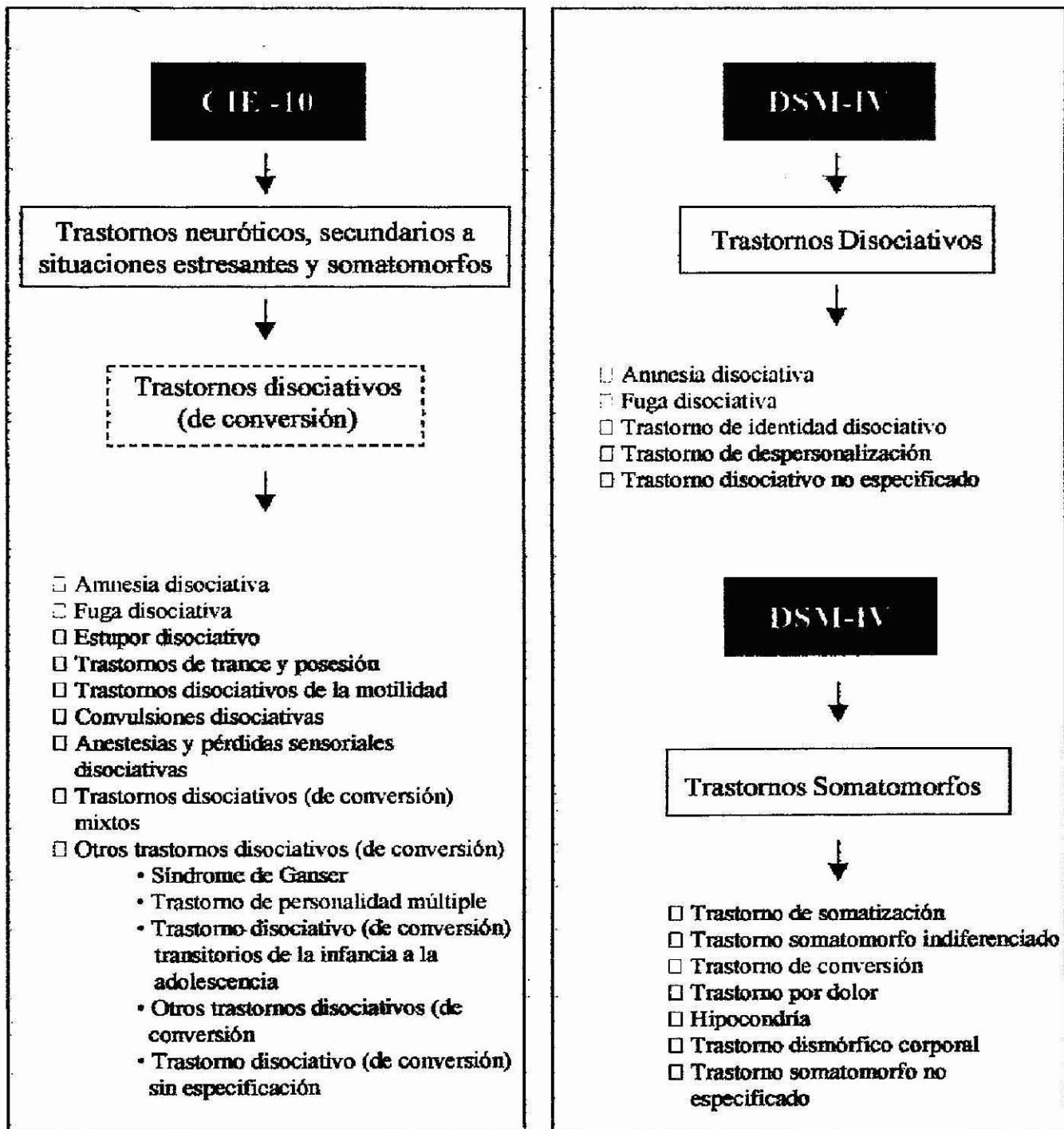
sexuales y de la identidad sexual, trastornos del sueño, trastornos adaptativos y los trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados. Igualmente se encuentran grupos diagnósticos en la CIE sin correspondencia exacta con el DSM, como son los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, trastornos del desarrollo psicológico, o el trastorno mental sin especificación. Otro caso lo ocupan aquellos trastornos que se reagrupan bajo distintos epígrafes en uno y otro sistema (con el mismo color y flechas discontinuas en el gráfico 4.1). Un nivel de análisis diferente sería el de la evolución conceptual de los trastornos disociativos que, tal y como puede observarse en la gráfica 4.2, ha estado modulado desde el principio por la presencia tanto de los fenómenos histéricos como de los de tipo conversivo. Si bien en el caso de la clasificación americana (DSM) conversión y disociación han sido dos fenómenos diferenciados dentro de las denominadas reacciones psiconeuróticas (DSM-I) o Neurosis histérica (DSM-II) pasan en las siguientes ediciones a formar parte de grupos diagnósticos diferentes ya que en los DSM-III, III-R y IV, aparece el mecanismo conversivo dentro del grupo de los trastornos somatoformes. Este cambio conceptual introduce un elemento importante al separar definitivamente la disociación en el área de la conciencia de la disociación en el área de lo fisiológico-corporal, tal y como puede observarse en el gráfico 4.3.



Gráfica 4.1: Índice de agrupación de trastornos en el DSM-IV y la CIE 10



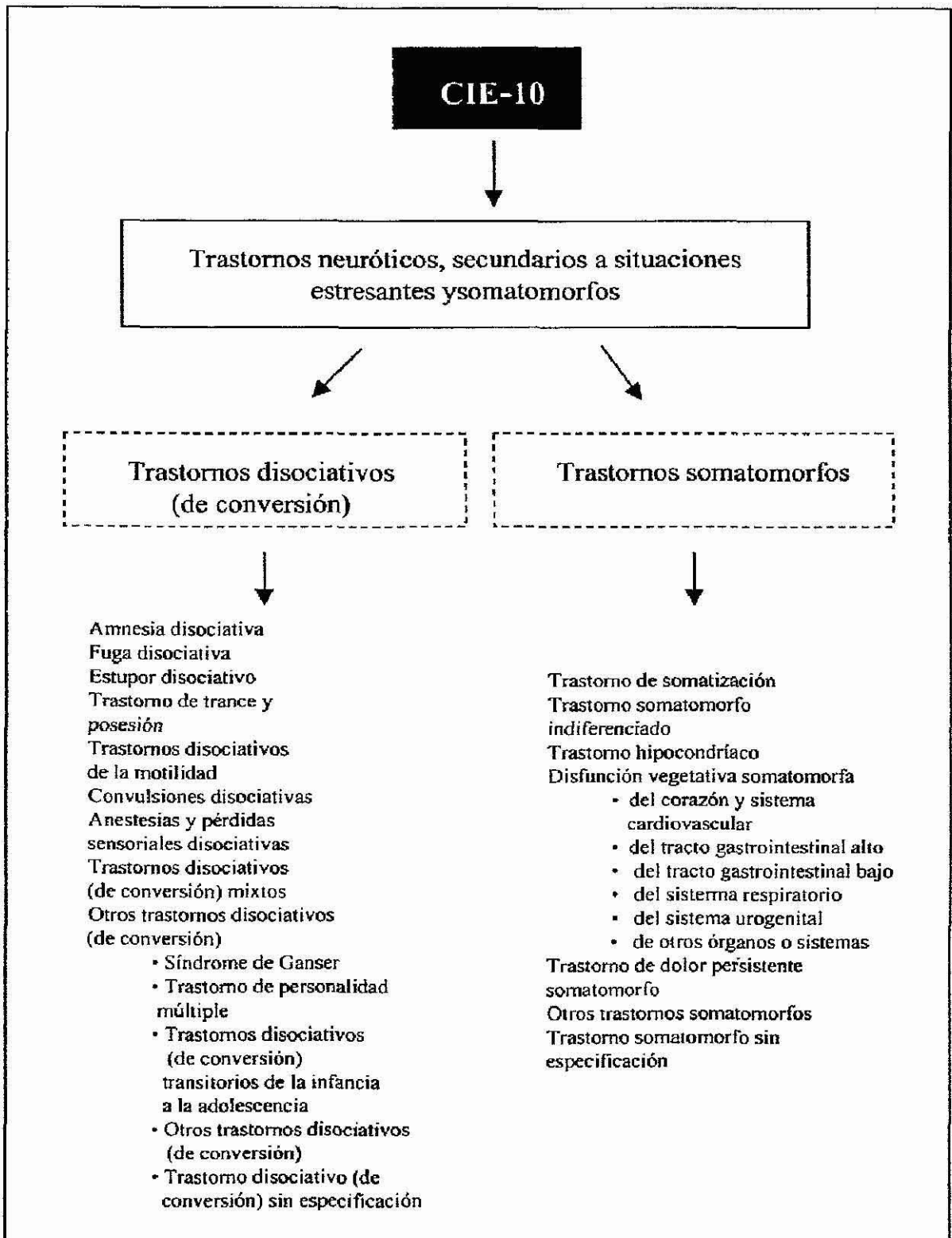
Gráfica 4.2: Evolución clasificatoria de los trastornos disociativos y de conversión en la CIE 10 y el DSM-IV



Gráfica 4.3: Trastornos disociativos y de conversión en los sistemas clasificatorios CIE-10 y DSM-IV

No ocurre lo mismo en la clasificación de la O.M.S. donde si bien tanto la disociación como la conversión son conceptualizadas como reacciones histéricas (CIE-9) en el caso de la última revisión (CIE-10) se equipara disociación y conversión como fenómenos *del mismo grupo diagnóstico*³ dejando a un lado y diferenciando claramente el área de los trastornos somatomorfos, como puede observarse en el gráfico 4.4. A la vista de estos gráficos, parece que uno de los objetivos más explicitados en cuanto a la utilización de los sistemas clasificatorios, esto es, favorecer la comunicación científica a través de un lenguaje común, no se ha conseguido del todo en el caso de los trastornos disociativos. Así, sorprendentemente, y a pesar de la evolución conceptual expuesta más arriba, en algunos ámbitos todavía se sigue hablando de “histeria”, en general, ante la más variada sintomatología disociativa. Este hecho, obviamente, no ayuda demasiado a la determinación de límites conceptuales claros y generalmente aceptados que guíen de forma más certera el diagnóstico clínico y, por otra parte, cuestiona nuevamente la validez y fiabilidad de los diagnósticos clínicos a través del DSM o de la CIE. Algunos datos para la reflexión sobre el consenso internacional en la evolución conceptual de ambos sistemas clasificatorios, es la utilización en algunos países de versiones anteriores, como es el caso de Dinamarca, donde aún se utiliza la nomenclatura de la CIE-8, de España, donde en algunos hospitales psiquiátricos se sigue utilizando la CIE-9 o de Francia, donde se utiliza un sistema clasificatorio propio (INSERM), desarrollado en 1969 por el Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

³ Para una revisión crítica de estos avatares clasificatorios ver Orengo, 1990; Young, 1990; Ross, 1990 y Spiegel, 1990.



Gráfica 4.4: Trastornos disociativos y somatomorfos en la CIE-10.

Las discusiones sobre las bondades y déficits de las clasificaciones psicopatológicas no son nuevas y están lejos, por el momento, de saldarse con respuestas definitivas (Millon, 1991). A lo que sí parece que se está prestando más atención es a la sugerencia de añadir más dimensiones (en los procedimientos multiaxiales de clasificación) entre las cuales destacan las destinadas a valorar los mecanismos de defensa o formas de afrontamiento al trauma (Vaillant, 1987) y aquellas que hacen referencia a factores etiológicos. Respecto a las primeras, el autor justifica su inclusión por la importancia de las diferencias individuales a la hora de afrontar elementos estresores y, en general, en las distintas formas de autocontrol del individuo. Así, dentro de los mecanismos de defensa se podría diferenciar entre *defensas maduras* (sublimación, altruismo, supresión, anticipación y humor), *defensas neuróticas o intermedias* (desplazamiento, represión, aislamiento y formación reactiva) y *defensas inmaduras* (proyección, fantasía esquizoide, masoquismo, acting-out, hipocondriasis y negación neurótica/disociación). Esta sugerente referencia a los mecanismos defensivos establecería una relación directa entre aquellos factores etiológicos tradicionalmente propuestos en algunos trastornos psicopatológicos (que en el caso de la disociación sería el trauma con las características ya expuestas más arriba) trasladando la atención del hecho traumático en sí, a la forma en que el sujeto responde a él (afrontamiento mediante un mecanismo defensivo u otro). Es obvio que esta novedosa aportación requiere llegar previamente a un consenso de definiciones válidas de los distintos mecanismos defensivos y demostrar que es posible identificarlos con fiabilidad, a la vez que deberían cumplir ciertas garantías en cuanto a su validez predictiva. La necesidad de definir operacionalmente las defensas o modos de afrontamiento se vuelve en este caso particularmente importante, sobre todo

cuando se mezclan conceptos procedentes de diversas escuelas psicológicas (Lemos, 1995).

En cualquier caso, la inclusión de factores etiológicos como complemento enriquecedor de las clasificaciones psicopatológicas al uso, podría ser un paso adelante desde el posicionamiento pragmático actual. Así, en opinión de Hempel (1965) el desarrollo de una disciplina científica va progresando habitualmente de un estado inicial en el que predomina la descripción empírica, hacia estadios posteriores, más teóricos, en los que el mayor énfasis recae en el creciente papel que juegan los conceptos dentro de una amplia teoría. El desarrollo de la psicopatología, desde una ciencia descriptiva hacia una ciencia más teórica, podría apreciarse en la transición de clasificaciones desarrolladas a partir del síntoma o síndromes, a otras donde los factores desencadenantes (etiología) jugaran un papel importante no sólo para la clasificación, sino para la comprensión y tratamiento de los trastornos de la psique humana.

Capítulo 5

ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS (*DISSOCIATIVE EXPERIENCES SCALE – D.E.S.*): UNA FORMA ESTANDARIZADA EN LA EXPLORACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS.

5.1 Presentación de la escala

La Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experiences Scale*, que a partir de ahora denominaremos D.E.S.), fue desarrollada por la Dra. Eve Bernstein (psicóloga del departamento de psicología de la Universidad Americana de Washington DC) y el Dr. Frank W. Putnam (médico psiquiatra del National Institute of Mental Health). Hasta ese momento, la incidencia de experiencias disociativas en la población americana, se venía centrando fundamentalmente en el estudio de experiencias de despersonalización, a través de la publicación de casos clínicos como principal metodología, o con la utilización de inventarios y cuestionarios originales (sin estudios previos de validación). En éstos, se registraba la presencia o ausencia de síntomas relacionados fundamentalmente con este trastorno (Brauer y col., 1970; Dixon, 1963).

La D.E.S. se presenta en 1986, en la revista *The Journal of Mental and Nervious Disease* en el artículo titulado: "Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale". En este artículo exponen las bases teóricas en las que se fundamenta la metodología seguida. Así, por ejemplo, el concepto de un *continuo disociativo* es recogido de los estudios de los pioneros en el tema de la disociación y expuesto como punto de anclaje teórico para los desarrollos posteriores. Desde esta perspectiva, se entiende que las experiencias disociativas ocupan un rango amplio que iría desde lo normal a lo patológico. Dentro del polo considerado como disociaciones normales o cotidianas se encontrarían, por ejemplo, los fenómenos de absorción (atención focalizada), mientras que en el polo opuesto, como ejemplo de disociación patológica, estarían las experiencias de despersonalización o de personalidad múltiple, entre otras. Por otra parte, los autores se basan en el concepto de disociación como *rasgo*, esto es, la D.E.S. no mediría un estado particular del individuo en un determinado momento, sino una característica más dentro de su estructura global de personalidad expresada a través de cierta predisposición a reaccionar de forma disociativa ante determinados acontecimientos vitales.

En su origen, el objetivo de la escala no era el de obtener un instrumento para el diagnóstico de los trastornos disociativos, sino más bien una herramienta al servicio de la investigación psicológica para ver en qué medida estas experiencias pueden encontrarse también en otras alteraciones psicopatológicas. De esta forma se pretendía guiar al clínico en su actuación ante la sospecha de hallarse ante un trastorno disociativo mayor. Sin embargo, el entusiasmo con que se acogió esta escala entre la comunidad de

investigadores interesados en el campo de la disociación, ha hecho que, en ocasiones, se haya olvidado este primer objetivo.

Con la D.E.S. se buscaba fundamentalmente un instrumento que fuera sencillo en su aplicación, breve, y con estudios estadísticos sobre fiabilidad y validez que permitieran su utilización con ciertas garantías. La escala se presenta con un formato de lápiz y papel que puede ser aplicado de forma autoadministrada, y que cuenta con 28 ítems donde se recogen experiencias disociativas que abarcan el ámbito de la memoria, la atención y la percepción de la realidad y la propia identidad. El contenido de estos ítems fue seleccionado usando los criterios del DSM-III para los trastornos disociativos y consultando a clínicos expertos en el tratamiento de estos trastornos. Para responder a estos ítems se le pide a la persona que conteste qué porcentaje del tiempo cree que le suceden estas experiencias en su vida cotidiana, sin encontrarse bajo los efectos del alcohol o drogas. Algo que llama la atención de esta escala es el formato de respuesta. La persona que contesta debe hacer una marca sobre una línea de puntos de 100 mm. de longitud que abarca desde el 0% del tiempo (esto es, que esa experiencia no le sucede nunca), hasta el 100% (la experiencia le sucede siempre, de forma continua). Dadas las características cognitivas propias de los sujetos disociados, los autores consideraron adecuado un formato de respuesta con información analógica visual, fácilmente detectable a lo largo de un espacio en el papel. Por otra parte, la literatura consultada sobre este aspecto, mostraba que los formatos de respuesta analógicos eran tan válidos como otros más utilizados (Osborne y Clarke, 1975; Remington y col., 1979). La puntuación total del sujeto se halla calculando la media aritmética de los 28 ítems. (ver Anexo C y D para la forma original y traducida de la escala).

A continuación se muestran los primeros datos normativos y de validación publicados en el trabajo original junto con la presentación de la escala. Dos eran las hipótesis a comprobar por los autores, enmarcadas en la noción de “*continuo disociativo*” que se apuntaba más arriba:

1. Los sujetos de la población normal tendrán pocas experiencias disociativas y éstas ocurrirán con poca frecuencia.
2. Los sujetos en el otro extremo del continuo, que hayan recibido un diagnóstico de trastorno disociativo o sufran una alteración con componentes disociativos (por ejemplo, trastorno por estrés post traumático), mostrarán mayor número de experiencias disociativas y estas ocurrirán más frecuentemente que en el grupo anterior.

Para estudiar la incidencia y distribución de este tipo de experiencias en la población, Bernstein y Putnam utilizaron una muestra compuesta por 182 personas repartidas en los grupos que se muestran en la tabla 5.1:

Muestra	N
Estudiantes universitarios	31
Adultos normales	34
Alcohólicos	14
Pacientes con trastorno de ansiedad fóbico	24
Pacientes agorafóbicos	29
Pacientes con trastorno por estrés post-traumático	10
Pacientes esquizofrénicos	20
Pacientes con trastorno de personalidad múltiple	20

Tabla 5.1 Muestra de sujetos utilizada en el primer estudio publicado sobre la D.E.S.

Los análisis estadísticos realizados fueron: fiabilidad test-retest, U de Mann-Whitney para comparar las puntuaciones por sexos en las muestras no patológicas, correlación de Spearman entre las puntuaciones obtenidas en los 28 ítems, correlación de Spearman entre puntuación-ítem y puntuación-total de cada sujeto, coeficiente de concordancia de Kendall en las puntuaciones de los distintos grupos muestrales, test de Kruskal-Wallis comparando nuevamente las puntuaciones de las distintas muestras, test de las dos mitades, test de Kolmogorov-Smirnov y la puntuación mediana obtenida en la escala. Obtuvieron los siguientes resultados: respecto a la fiabilidad test-retest, el coeficiente de correlación obtenido fue de .84 ($p < 0.0001$) no encontrándose diferencias significativas por sexos entre las puntuaciones obtenidas por las dos muestras normales. Los coeficientes de correlación entre los 28 ítems oscilaron entre .19 y .75 ($p < 0.05$). Por otro lado, la correlación de Spearman entre puntuación-ítem y puntuación-total de cada sujeto osciló entre .50 y .79 ($p < 0.0001$). En cuanto al coeficiente de concordancia de Kendall para las puntuaciones de los distintos grupos muestrales se obtuvo un resultado de de .70 ($p < 0.0001$) y el Test de Kruskal-Wallis comparando nuevamente las puntuaciones de las distintas muestras (validez concurrente referida al criterio) obtuvo un resultado de $\chi^2 = 93.57$ ($p < 0.0001$). Los resultados obtenidos en el test de las dos mitades (consistencia interna de la escala) se presenta en la tabla 5.2:

Grupo	2 mitades	P<
Estudiantes universitarios	.95	0.0001
Adultos normales	.71	0.0007
Alcohólicos	.91	0.0002
Pacientes con trastorno de ansiedad fóbico	.96	0.0001
Pacientes agorafóbicos	.90	0.0001
Pacientes con trastorno por estrés post-traumático	.74	0.01
Pacientes esquizofrénicos	.93	0.0001
Pacientes con trastorno de personalidad múltiple	.92	0.0001

Tabla 5.2. Datos obtenidos en el test de las dos mitades (Bernstein y Putnam, 1986).

El Test de Kolmogorov-Smirnov confirmó la distribución no normal de las puntuaciones obtenidas en la escala ($D = .181$, $p < 0.01$). Por último, se recogen en la tabla 5.3 las puntuaciones medianas obtenidas por los diferentes grupos:

Grupo	Punt. mediana
Estudiantes universitarios	1.4
Adultos normales	0.4
Alcohólicos	0.4
Pacientes con trastorno de ansiedad fóbico	0.6
Pacientes agorafóbicos	0.7
Pacientes con trastorno por estrés post-traumático	3.1
Pacientes esquizofrénicos	2.0
Pacientes con trastorno de personalidad múltiple	5.7

Tabla 5.3. Puntuaciones medianas obtenidas en el primer estudio publicado sobre la D.E.S.

Los resultados resumidos en esta tabla concuerdan bastante con las hipótesis de partida de sus autores. Así, se puede observar claramente como las experiencias disociativas se hallan presentes de forma diferencial en un amplio rango muestral que va

desde los dos polos del continuo disociativo propuestos desde el principio como base teórica de la disociación. Se puede ver como la incidencia de experiencias disociativas es escasa en muestras normales, mientras que en aquellos grupos diagnosticados con trastornos donde la disociación tiene una presencia preponderante, su prevalencia es mucho mayor. Así ocurre, por ejemplo, en el grupo diagnosticado con trastorno de personalidad múltiple donde se obtienen las puntuaciones más altas. Este resultado es coherente con el hecho de que este trastorno se considera como el más grave dentro de todos los trastornos disociativos.

El que los sujetos esquizofrénicos y los estudiantes universitarios no difieran mucho en sus puntuaciones, es explicado por los autores aludiendo que la D.E.S. no es un instrumento de medida de psicopatología general. Se centra tan sólo en la existencia o no de experiencias disociativas. Este argumento justifica también las bajas puntuaciones obtenidas por sujetos fóbico-ansiosos y agorafóbicos. Este resultado era predecible, ya que, aunque estos pacientes pueden presentar algunas experiencias de despersonalización y desrealización, la disociación no es el principal mecanismo relacionado con estas alteraciones.

Por otra parte, los sujetos alcohólicos tampoco obtienen puntuaciones destacables. La argumentación de los autores se basa aquí en que la escala no mide alteraciones de la memoria relacionadas con el abuso de sustancias tóxicas; los mecanismos cognitivos que modulan las amnesias disociativas son de distinta naturaleza que las presentes en los procesos degenerativos que pueden darse en las personas con adicción al alcohol.

Respecto al resto de los análisis estadísticos realizados, los autores concluyen que la D.E.S. posee una buena fiabilidad en cuanto a su homogeneidad (consistencia interna) y estabilidad (test-retest). La validez relativa al criterio también se considera aceptable dadas las diferencias obtenidas en las puntuaciones de los distintos grupos que conforman la muestra (la escala diferencia entre el número de experiencias disociativas encontradas en sujetos con diagnóstico disociativo y aquellos que no lo tienen). Finalmente, los autores apuntan en el artículo la necesidad de contar con más estudios que repliquen estos resultados antes de llegar a conclusiones definitivas, conceptualizando nuevamente la escala sólo como un instrumento de investigación útil dentro del campo de los trastornos disociativos.

En 1988, Bernstein y Putnam presentan en el encuentro anual de la *American Psychological Association* un segundo estudio, aportando en esta ocasión nuevos datos referidos a la validez de constructo de la escala utilizando para ello el análisis factorial.

En esta ocasión, la muestra estuvo compuesta por 203 sujetos repartidos en los grupos que se presentan en la tabla 5.4:

Muestra	N
Estudiantes universitarios	31
Pacientes bulímicos	6
Pacientes con trastorno de ansiedad fóbico	24
Pacientes agorafóbicos	41
Pacientes con trastorno por estrés post-traumático	39
Pacientes esquizofrénicos	20
Pacientes con trastorno de personalidad múltiple	42

Tabla 5.4. Muestra utilizada en el primer estudio factorial de la D.E.S (Bernstein y Putnam, 1988)

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. El criterio para la selección de factores fue que sus autovalores tuvieran un valor mínimo de 1. Por otra parte, el scree-test dio el resultado de tres factores como los apropiados para este estudio. El porcentaje total de varianza explicada por estos tres factores es del 63% repartido entre el Factor I con el 24%, el Factor II con un 21%, y el Factor III con el 18%. Los ítems seleccionados en cada factor fueron aquellos con un peso factorial superior a .40. En la tabla 5.5 se presentan los resultados obtenidos.

A partir de estos resultados los autores concluyen que puede hablarse de tres constructos relativamente homogéneos e independientes que conforman subcategorías de lo que se denomina *disociación*. Así, interpretan los factores obtenidos como formados fundamentalmente por experiencias de **Disociación Amnésica** (Factor I), de **Despersonalización y Desrealización** (Factor II) y **Absorción** (atención focalizada) y **Tendencia a la fantasía**¹ (Factor III). Para los ítems con carga factorial doble (en más

¹ La expresión original en inglés es "absorption and imaginative involvement". No obstante, en castellano, la traducción literal de esta expresión conlleva algunos problemas. En el caso de "absorption", que literalmente significa "absorción", sería más correcto en el tema que nos ocupa utilizar una forma verbal reflexiva y de participio: *estar absorto*. Sin embargo, se ha optado por la

de un factor) admiten que puede existir una especie de solapamiento conductual en las experiencias descritas en ellos. Dicho de otra forma, una experiencia disociativa podría compartir aspectos de los procesos implicados en cada uno de los tres factores.

Hasta aquí la presentación de la D.E.S. y los primeros estudios de validación realizados por sus autores. El objetivo de este apartado ha sido simplemente exponer cuál fue el punto de arranque de uno de los temas que más ha ocupado en los últimos años a los investigadores y profesionales interesados en el problema de la disociación. Se hará una valoración más amplia de este trabajo y de otros en el capítulo 6, una vez expuestos algunos aspectos importantes que permitan una perspectiva más amplia. Para ello, a continuación se describirán otros estudios realizados con la D.E.S. por distintos grupos de investigación en diferentes países.

5.2 Otros estudios realizados con la D.E.S.

En los últimos años, se han venido haciendo distintos estudios sobre la D.E.S. en varios países y con diferentes muestras, disponiendo en este momento de una serie de datos que permiten analizar con cierta perspectiva la situación actual en la validación de esta escala (Bernstein y Putnam, 1986, 1988, 1993; Ensink y Otterloo, 1989; Ross y col.,

forma sustantiva por coherencia con la forma en que en general se denominan los factores y porque “*absorción*”, dado el contexto donde aparece, puede entenderse como equiparable al mecanismo cognitivo de *atención focalizada* que es a lo que hace referencia. Para la segunda expresión, “*imaginative involvement*” no existe una traducción literal adecuada (“*implicación imaginativa*” es una expresión un tanto chocante). En este caso se ha optado por una traducción libre: *tendencia a la fantasía* como forma particular de un estado de atención focalizada o absorción. De aquí en adelante se utilizarán estas dos expresiones (*Absorción-tendencia a la fantasía*) para describir lo más ajustadamente posible el tipo de experiencias disociativas que en lengua inglesa se recogen bajo las expresiones “*absortion-imaginative involvement*”.

1991; Steinberg y col., 1991; Frischholz y col., 1991; Draijer y Boon, 1993; Ray y Faith, 1995; Dunn y col., 1993; Martínez-Taboas, 1995).

	Factor I	Factor II	Factor III
1. Conduciendo...			.49
2. Escuchando convers...			.65
3. Estar en un lugar...	.65	.40	
4. Vestidos con ropas...	.74	.43	
5. Entre sus pertenencias obj. nuevos...	.73	.41	
6. Abordados por otros...	.68		.44
7. Verse "desde fuera"...		.72	
8. No reconocer amigos...	.82		
9. Sin memoria de aconte...	.71		
10. Acusados de mentir...	.65		
11. Mirarse al espejo...	.48	.58	
12. Pers. y obj. no reales...		.76	
13. Sentir que su cuerpo...		.80	
14. Recordar intensam...			.71
15. Recuerdos...	.45	.52	.47
16. Lugar fam.-extraño...	.56		.51
17. Mirando T.V...			.68
18. Vivir fantasía...			.67
19. Ignorar el dolor...			.50
20. Mirando al vacío...		.50	.58
21. Hablar en voz alta...		.47	.40
22. Actuar como 2 pers...		.59	
23. Hacer cosas espont...			.44
24. No recordar...	.51		.50
25. Hicieron cosas que no recuerdan...	.67		
26. Notas y dibujos...	.62	.47	
27. Voces en su cabeza...	.45	.59	
28. Mundo a través de...		.75	
Autovalores	F I= 6.7	F II= 5.8	F III= 5.0

Tabla 5.5. Primer análisis factorial de la D.E.S. (Bernstein y Putnam, 1988)

Se comenzará este apartado exponiendo algunos datos normativos sobre puntuaciones obtenidas, así como algunas de las medidas sobre fiabilidad y validez publicadas. Se hará un apartado especial para los estudios realizados a través del análisis factorial analizándose con mayor profundidad en el capítulo siguiente.

5.2.1. Estadísticos descriptivos

El primer paso en todo proceso de validación de un instrumento de medida psicológica es hallar un patrón de distribución de las puntuaciones que pueden alcanzarse en dicho instrumento en diferentes muestras, para poder así llegar a una *norma*, esto es, un criterio numérico que permita situar a los distintos individuos a lo largo de esa distribución. Se entiende por *distribución normal* aquella en la que la mayoría de los individuos obtendrán puntuaciones medias en una determinada prueba y muy pocos obtendrán puntuaciones extremas, esto es, muy altas o muy bajas. Es lo que se denomina una distribución gaussiana o *curva de Gauss*. Sin embargo, en el caso de la D.E.S. esta distribución no sigue la pauta descrita. Más bien al contrario, las puntuaciones obtenidas en población general tienden a una distribución asimétrica, aglutinándose la mayoría de las puntuaciones obtenidas en el rango más bajo del continuo (una asimetría negativa), por tanto, con puntuaciones muy bajas (entre 0 y 2,5; recuérdese que las puntuaciones posibles en la D.E.S. ocupan un rango de 0 a 10). Los estadísticos descriptivos más utilizados para hallar la distribución a la que se hacía referencia más arriba han sido la obtención de la puntuación media y la puntuación mediana. Se presenta en la tabla 5.6 un cuadro resumen de algunos de estos resultados (ampliado de Carlson y Putnam, 1993):

Muestra	1*	2*	3	4	5	6	7	8*	9*	10	11
Población general-adultos	.44	.49		.78					.64	.37	1.8
Trastornos de Ansiedad	.67	.39		1.04							
Trastornos Afectivos				1.27	.6						
Trastornos de alimentac.				1.16	1.27				1.6	1.7	
Adolescentes	1.41			2.38	1.18						
Esquizofrenia	2.06	1.26			1.77	1.05					
Trastorno borderline de la Personalidad				2.01	1.82						
Pacientes/Abuso infantil								1.9			
Trast. por Estrés post Traumático	3.13			3.00	2.61	4.11	2.7				
Trast.disociat. no especif.			4.0	2.98	3.83						
Trast. Person. Múltiple	5.71	4.07	5.5	4.28	4.52						

Tabla 5.6 Puntuaciones medias o medianas (*) de la D.E.S. obtenidas en distintas muestras de diferentes estudios. 1. Bernstein y Putnam, 1986; 2. Ross y col., 1988; 3. Frischholz y col., 1990; 4. Carlson y col., datos no publicados; 5. Coons y col., 1989; 6. Branscomb, 1991; 7. Bremner y col., 1992; 8. Chu y Dill, 1990; 9. Demitrack y col., 1990; 10. Goldner y col., 1991; 11. Ross y col., 1991.

En este cuadro resumen se puede observar, como se apuntó al principio, que en muestra de población normal las puntuaciones obtenidas son muy bajas, un dato aplicable también a otros grupos diagnósticos utilizados. Sin embargo, parece haber una pauta común en cuanto a la obtención de puntuaciones elevadas en los grupos diagnósticos donde la disociación juega un papel preponderante en la determinación de los síntomas, como en el caso de los pacientes con trastorno por estrés post-traumático, trastorno disociativo no especificado y trastorno de personalidad múltiple. En este

último, se alcanzan las puntuaciones más elevadas al ser este el trastorno más grave de todo el ámbito de la disociación patológica.

Dentro de los estudios normativos, otros datos de interés son los que dan cuenta de las distintas pautas de respuesta de los individuos en función de ciertas características como el sexo, la edad, nivel socio-cultural, grupo étnico... El único trabajo realizado con la D.E.S. en población general donde se recogen datos sociodemográficos con una muestra lo suficientemente amplia, es el de Ross y col. (1991). En él no encuentran diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en función del sexo o del nivel socioeconómico. Se observa, sin embargo, que la incidencia de experiencias disociativas va disminuyendo con la edad en ambos sexos. En otros estudios donde la muestra de población normal ha estado formada generalmente por estudiantes universitarios, tampoco se observan diferencias significativas en función del sexo. Tan sólo se da el dato contrario en el estudio realizado por Sanders y Green (1994) que será comentado más adelante, en relación a su análisis factorial.

En cuanto a diferencias de puntuación obtenidas en la D.E.S. en función del grupo étnico, Dunn y sus colaboradores (1993) realizaron un estudio con pacientes de la unidad de toxicomanía del Hospital para Veteranos de Guerra de Kansas. Compararon a 48 veteranos euroamericanos de la guerra del Vietnam y el mismo número de veteranos afroamericanos que habían sido diagnosticados de alcoholismo u otras toxicomanías controlando otras variables como nivel educativo, inteligencia general, nivel de malestar psicológico y número de tratamientos previos por abuso de sustancias tóxicas. Ninguno de los sujetos estaba diagnosticado en ese momento con un trastorno psiquiátrico.

Los resultados obtenidos muestran una diferencia significativa entre las dos muestras, siendo la puntuación media de los veteranos afroamericanos 5 veces más alta que la obtenida por los euroamericanos, no pudiendo atribuirse este resultado a diferencias significativas en las otras variables medidas. Los autores hacen mención en este punto a las dificultades inherentes a hacer inferencias en base de los resultados obtenidos a través de instrumentos de medida psicológica desarrollados en función de grupos normativos mayoritarios. Este ha sido un aspecto largamente tratado desde la psicología de las diferencias individuales, haciendo especial hincapié en la validación transcultural de instrumentos de medida psicológica. Por otra parte, Dunn y sus colaboradores sugieren algunas hipótesis para sus resultados que deben ser contrastadas en estudios posteriores. Entre ellas está el hecho de que las muestras utilizadas en este estudio, difícilmente pueden validar conclusiones extrapolables a otros miembros del mismo grupo étnico (recuérdese que eran pacientes de una unidad de toxicomanías en un hospital para veteranos de guerra). Sin embargo, apoyándose en otros estudios, sugieren que los afroamericanos pueden utilizar la disociación (en cierto grado) como mecanismo adaptativo de afrontamiento hacia una cultura que es vivida como opresora desarrollando un “yo alternativo” a su identidad “racial”, por ejemplo a través de una personalidad no asertiva como un esfuerzo de reprimir-disociar sentimientos de agresividad y rabia. Dada la escasez de estudios sobre este tema los autores terminan su estudio diciendo que por el momento no se pueden hacer conclusiones definitivas.

Hasta aquí la exposición resumida de algunos de los resultados normativos sobre la D.E.S. Otro aspecto fundamental es el referido a pruebas de fiabilidad y validez realizados con esta escala. Es el que se desarrolla en el apartado siguiente.

5.2.2. Datos sobre fiabilidad y validez

Una vez obtenidos los primeros datos muestrales sobre distribución de puntuaciones es fundamental hacer los cálculos que permitan obtener ciertas garantías en cuanto a la validez y fiabilidad de un instrumento de medida psicológica. La *validez* se refiere a si el instrumento realmente mide lo que pretende medir y la *fiabilidad* informa sobre si lo mide adecuadamente. Los principales índices de **fiabilidad** son aquellos que dan cuenta de la *homogeneidad* de la escala (consistencia interna), la *estabilidad* de la misma (puntuaciones estables a lo largo del tiempo) y la *equivalencia* de resultados (en formas paralelas).

En cuanto al índice de *consistencia interna o de homogeneidad de la escala*, es uno de los aspectos básicos que todo proceso de validación debe cubrir. Para ello los tres cálculos más utilizados son: la correlación entre la puntuación obtenida en cada ítem con la puntuación total de la prueba, el test de las dos mitades donde se correlacionan las puntuaciones obtenidas entre los ítems pares e impares, y el Alpha de Cronbach que es una variante de éste último, haciéndose un cálculo de la correlación entre todas las posibles dos mitades que puedan hacerse en un test, superando el criterio pares-impares.

Respecto al *índice de estabilidad*, el cálculo más utilizado es el de la correlación entre las puntuaciones obtenidas en el test en dos momentos distintos (fiabilidad test-retest). Lógicamente, si se trata de constructos psicológicos a nivel de rasgos, se entiende que las puntuaciones deben permanecer más o menos estables. En el caso de que una prueba esté registrando variables de personalidad *dependientes de determinados*

aspectos situacionales, si éstos últimos varían en un segundo momento de aplicación de la prueba (re-test), justamente un índice de fiabilidad de la misma será precisamente una *variación* en la puntuación obtenida por el sujeto en este segundo momento.

Por último, el *coeficiente de equivalencia* se refiere a que utilizando distintas formas de la prueba (alterando por ejemplo el orden de los ítems) y cumplimentándolas sin intervalo temporal o en la forma test-retest anteriormente descrita, los resultados obtenidos en ambas formas deben ser consistentes, esto es, altamente correlacionados.

Como se ha expuesto más arriba, la **validez** de una prueba hace referencia a si dicha prueba mide lo que pretende medir. Los índices más importantes que deben obtenerse en este apartado, han de garantizar que la prueba posee *validez de contenido* (adecuación de la construcción y elección de los ítems, formato de respuesta, vocabulario utilizado...), *validez concurrente o convergente* (la puntuación obtenida en los ítems será informativa en función de un criterio externo a la prueba, previamente establecido), *validez predictiva* (capacidad de la prueba para predecir con cierto grado de probabilidad un criterio) y la *validez de constructo* (el contenido de los ítems debe registrar de la forma más adecuada posible los atributos de lo que se pretende medir).

Tras esta breve exposición sobre algunas de las garantías que sobre validez y fiabilidad deben exigirse en todo instrumento de medida psicológica (para un estudio más profundo ver Pelechano, 1988) se expondrán a continuación algunos datos obtenidos en la D.E.S.

Respecto a los índices de *fiabilidad* se presentan en la tabla 5.7 algunos datos obtenidos en distintos estudios (ampliado de Carlson y Putnam, 1993).

Test-retest	.96	$p < 0.0001$	4 semanas
	.84	$p < 0.0001$	4-8 semanas
	.79	$p < 0.0001$	6-8 semanas
Dos mitades	.83	$p < 0.0001$	
	.93	$p < 0.0001$	
Alpha de Cronbach	.93	$p < 0.0001$	
	.94		
	.90		
	.95		
	.91		

Tabla 5.7. Datos sobre fiabilidad de la D.E.S. (estabilidad y consistencia interna).

A la vista de estos resultados, la escala parece tener tanto una adecuada consistencia interna como una razonable estabilidad. Así, los distintos autores sugieren que la escala parece ser fiable, y que los perfiles de respuesta a los ítems son distintos entre sujetos normales y patológicos. Este dato, replicado en varios estudios (Ross y col., 1988; Coons y col., 1989; Martínez-Taboas, 1995), ha sido esgrimido con frecuencia como la prueba más evidente de validez de constructo de la escala: aquellos grupos muestrales donde el mecanismo disociativo se presenta como fundamental en los respectivos diagnósticos que los forman, tienden a obtener puntuaciones más altas que en aquellos grupos donde las experiencias disociativas aparecerían con una incidencia y prevalencia dentro del rango de lo normal o disociaciones cotidianas. Sin embargo, este dato nos estaría hablando de la *validez de criterio* (en este caso definido por un diagnóstico psiquiátrico) más que de la validez de constructo.

Respecto a la *validez convergente* entre la D.E.S. y otras medidas de disociación, los estudios realizados sólo aportan datos tentativos, ya que al no existir instrumentos validados sobre este constructo, las pruebas que se han utilizado en la comparación de resultados en realidad miden dimensiones que se suponen están relacionadas con las experiencias disociativas. Así, Frischholz y col. (1991) realizaron un estudio con 311 estudiantes donde se correlacionaban las puntuaciones obtenidas en la D.E.S. con las de las siguientes pruebas: T.A.S. (Tellegen Absorption Scale), P.A.S. (Perception Alteration Scale) y Y.A.I.S. (Yellen Ambiguity Intolerance Scale). Se había encontrado previamente una correlación positiva entre la D.E.S. y las escalas T.A.S. y P.A.S. (.70 y .82 respectivamente). En el estudio de Frischholz y col., además de añadir la escala Y.A.I.S., administraron un nuevo instrumento como prueba de *validez divergente o discriminante*, en este caso, una medida de personalidad que se postula que no influye en la fenomenología de las experiencias disociativas. La prueba elegida fue la J.A.S. (Jenkins Activity Schedule) donde se trata de medir las características de la personalidad tipo A. En este caso, la prueba en cuestión no debería correlacionar con las anteriores. En efecto, sus resultados apoyaron las hipótesis de partida, obteniendo correlaciones bajas aunque significativas entre la D.E.S. y las escalas P.A.S. (.24), T.A.S. (.52) y Y.A.I.S. (.22) y una correlación nula con la J.A.S. (-.03).

En otro trabajo (Draijer y Boon, 1993) la validez convergente se estudió utilizando como criterio comparativo la S.C.I.D.-D. (The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders). Nuevamente, tomando en este caso como muestra 43 pacientes diagnosticados de trastornos disociativos y 36 pacientes con distintos trastornos como controles, la D.E.S. diferenció a los pacientes disociativos

utilizando un punto de corte de 2.5 en la puntuación total obtenida. Sin embargo, los autores sugieren la aplicación de la S.C.I.D.-D. para la eliminación de los pacientes que pueden resultar “falsos positivos” sólo con el resultado de la D.E.S.. De similares características y resultados es el estudio de Steinberg y col (1991) realizado con 36 pacientes de distintos diagnósticos psiquiátricos y 9 sujetos normales como controles utilizando la D.E.S. y la S.C.I.D.-D. para la exploración de la presencia de trastornos disociativos. En este caso, un punto de corte entre 1.5 y 2 detectó sensiblemente a este tipo de pacientes. Nuevamente se concluye que si bien la D.E.S. puede ser utilizada para detectar pacientes de alto riesgo en cuanto a la posibilidad de padecer algún trastorno disociativo, deben ser explorados posteriormente con la S.C.I.D.-D. para un seguimiento clínico más profundo.

Los datos expuestos hasta aquí han hecho que, si bien el objetivo inicial de la escala, como se ha apuntado anteriormente, era obtener un instrumento de screening (o investigación clínica), en algunos estudios se intenta hallar o se propone directamente puntos de corte en las puntuaciones de población psiquiátrica para obtener una prueba de *diagnóstico diferencial*. Sin embargo, y como se comentará más adelante, una revisión cuidadosa de los resultados actuales sugiere tomar con cautela el optimismo detectado en los distintos equipos que investigan en este campo. En el caso de la validez de constructo, es necesaria una descripción más pormenorizada de los datos.

5.2.3. Evidencias obtenidas a través del análisis factorial

El análisis factorial ha sido utilizado por los investigadores de la D.E.S en la búsqueda de un modelo empírico comprensivo que permita describir los distintos mecanismos disociativos que se hipotetiza que subyacen a la escala. Para poder hacer un análisis crítico de los resultados obtenidos hasta ahora, se expondrán, en primer lugar, algunos estudios con los datos, tal y como han sido publicados por sus autores. Tan sólo se han ordenado en esta exposición los ítems adoptando la secuencia con que aparecen en la escala, para hacer más sencilla la lectura comparativa de los distintos trabajos que se expondrán en el capítulo 6. Así mismo, para seguir el mismo criterio de facilitar la comprensión de los resultados, se han incluido en la matriz factorial todos los ítems que contiene la D.E.S., aunque en algunos estudios ciertos ítems no tengan cargas en ningún factor. En estos casos se han señalado con asteriscos. Ejemplo:

Ítem	Factor I	Factor II	Factor III
1. Conduciendo un coche...	****	****	****

□ Estudio factorial nº 1

Autores: Bernstein, E. y Putnam, F.W. (1988)

Muestra: 203 sujetos. 24 con trastornos fóbicos de ansiedad, 41 agorafóbicos, 20 esquizofrénicos, 39 con estrés post traumático, 6 bulímicos, 42 con trastorno de personalidad múltiple, 31 universitarios.

Lugar: Carolina del Norte. (E.E.U.U.)

Análisis factorial: componentes principales. Rotación Varimax. (Tabla 5.8)

Criterios de extracción de factores: 1. autovalor igual o superior a 1.

2. Scree plot.

Porcentaje de varianza total explicada: 63% (F I 24%, FII 21%, FIII 18%)

Esta solución factorial fue ya expuesta en el apartado 5.1. Sin embargo se recuerda aquí la interpretación realizada de acuerdo con sus autores, ya que este estudio formará parte del análisis comparativo que se realizará en el capítulo 6. El Factor I recogería experiencias disociativas en el área de la memoria, definiéndose este factor como *Disociación Amnésica*. El Factor II estaría compuesto por experiencias disociativas centradas en el área de la percepción de la realidad y la propia identidad; sería un factor de *Desrealización y Despersonalización*. Por último, el Factor III fundamentalmente da cuenta del área de la atención recogiendo ítems de experiencias disociativas como la *Absorción y tendencia a la fantasía*.

□ Estudio factorial nº 2

Autores: Ross, C.A., Joshi, Sh. y Currie, R. (1991)

Muestra: 1.055 sujetos. Población general. Muestra estratificada.

Lugar: Winnipeg. CANADA.

Análisis factorial: componentes principales. Rotación Varimax. (Tabla 5.9).

Criterios de extracción de factores: Autovalor superior a 1.

Porcentaje de varianza total explicada: 47.1% (FI 19.3% , FII 13%, FIII 14.8%).

Item	Factor I	Factor II	Factor III
1. Conduciendo un coche...			.49
2. Escuchando conversación...			.65
3. Estar en un lugar y no saber...	.65	.40	
4. Vestidos con ropas que no reconoc...	.74	.43	
5. Entre sus pertenencias obj. nuevos...	.73	.41	
6. Abordados por otros...	.68		.44
7. Verse "desde fuera"...		.72	
8. No reconocer amigos...	.82		
9. Sin memoria de acontecimientos...	.71		
10. Acusados de mentir...	.65		
11. Mirarse al espejo y no reconoc...	.48	.58	
12. Personas y objetos no reales...		.76	
13. Sentir que su cuerpo...		.80	
14. Recordar intensamente...			.71
15. Recuerdos (reales o sonados?)...	.45	.52	.47
16. Lugar familiar, extraño...	.56		.51
17. Mirando T.V...			.68
18. Vivir fantasía intensamente...			.67
19. Ignorar el dolor...			.50
20. Mirando al vacío...		.50	.58
21. Hablar en voz alta...		.47	.40
22. Actuar como 2 pers. distintas...		.59	
23. Hacer cosas espontáneamente...			.44
24. No recordar...	.51		.50
25. Hicieron cosas que no recuerdan...	.67		
26. Notas y dibujos...	.62	.47	
27. Voces en su cabeza...	.45	.59	
28. Mundo a través de neblina...		.75	
Autovalores	F I= 6.7	F II= 5.8	F III= 5.0
% de varianza explicada	24%	21%	18%

Tabla 5.8. Solución factorial nº1 (Bernstein y Putnam, 1988)

El Factor I estaría compuesto por experiencias disociativas relativamente comunes entre la población general dada su alta prevalencia (entre el 44% y el 83% de las personas que cumplimentaron la escala manifestaron haberlas tenido con diferente frecuencia, según los ítems). Este factor fue denominado *Absorción o tendencia a la*

fantasía. El Factor II consta de cuatro ítems con baja incidencia en la población general (entre el 14% y el 25%), que pueden ser indicativos de trastorno de personalidad múltiple en población psiquiátrica. Se denominó factor de *Actividades de estados disociativos*. Por último, el Factor III estaba compuesto por ítems de baja frecuencia en la población estudiada (entre el 13% y el 26%). Este factor fue denominado como *Despersonalización-Desrealización*.

Ítem	Factor I	Factor II	Factor III
1. Conduciendo un coche...	****	****	****
2. Escuchando conversación...	.57		
3. Estar en un lugar y no saber...		.75	
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...		.75	
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...		.68	
6. Abordados por otros...	****	****	****
7. Verse "desde fuera"...	.64		
8. No reconocer amigos...		.57	
9. Sin memoria de acontecimientos...	****	****	****
10. Acusados de mentir...	****	****	****
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...			.59
12. Personas y objetos no reales...			.66
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece..			.62
14. Recordar intensamente...	.58		
15. Recuerdos...¿reales o soñados?...	.56		
16. Lugar familiar-extraño...	****	****	****
17. Mirando T.V...	.62		
18. Vivir fantasía intensamente...	.53		
19. Ignorar el dolor...	.50		
20. Mirando al vacío...	****	****	****
21. Hablar en voz alta...	.54		
22. Actuar como 2 personas distintas...	.35		
23. Hacer cosas espontáneamente...	.64		
24. No recordar...	.72		
25. Hicieron cosas que no recuerdan...	.64		
26. Notas y dibujos...	****	****	****
27. Oír voces...			.66
28. Mundo a través de neblina...			.74
Autovalores superiores a 1. Datos específicos por factor no aportados			
% de varianza explicada	19,3%	13%	14,8%

Tabla 5.9. Solución factorial nº 2 (Ross y col., 1991)

□ *Estudio factorial nº 3*

Autores: Ray, W.J. y Faith, M. (1995)

Muestra: 1.190 universitarios

Lugar: Pensilvania. E.E.U.U.

Análisis factorial: componentes principales. Rotación Oblícu. (Tabla 5.10).

Criterios de extracción de factores: 1. Autovalor superior a 1

2. Scree test

Varianza total explicada: dato no aportado por los autores

El criterio de inclusión de ítems en cada factor fue el de una carga superior a .40. Los ítems se ordenaron de mayor a menor carga en cada factor. No se informa de la carga de cada ítem en cada factor.

Ante los datos presentados en la Tabla 5.10, los autores interpretan un resultado factorial compuesto por cuatro factores relacionados entre sí. El Factor I estaría compuesto por 11 de los 28 ítems y es interpretado por sus autores como un factor de *Absorción/ Desrealización* con una correlación de .57 con el Factor II, .58 con el Factor III y .31 con el Factor IV. Es el que explicaría el mayor porcentaje de varianza, aunque no dan el dato numérico exacto para ninguno de los factores. El Factor II se entiende que está formado por experiencias de *Despersonalización* con coeficientes de correlación de .54 con el Factor III y .33 con el Factor IV. Los Factores III y IV estarían formados por experiencias disociativas del área de la memoria, diferenciándose ambos factores entre *Amnesia parcial* ("segment amnesia") en el Factor III y *Amnesia situacional* ("in situ amnesia") en el Factor IV, con una correlación de .35 entre ambos factores..

Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
17. Mirando I.V. 23. Hacer cosas espont. 20. Mirando al vacío 18. Vivir fantasía 14. Recordar intensam. 15. Recuerdos 22. Actuar como 2 pers. 19. Ignorar el dolor 21. Hablar en voz alta 24. No recordar 16. Lugar fam.-extraño	12. Pers.y obj. no reales 13. Sentir que su cuerpo 11. Mirarse al espejo... 28. Mundo a través de... 7. Verse "desde fuera" 27. Oír voces...	5. Entre sus pertenencias obj. nuevos 26. Notas y dibujos 6. Abordados por otros 10. Acusados de mentir 25. Hicieron cosas que no recuerdan 8. No reconocer amigos 9. Sin memoria de acontec.	1. Conduciendo... 3. Estar en un lugar... 4. Vestidos con ropa que no recuerdan... 2. Escuchando convers
Autovalores superiores a 1. Valores específicos por factor no aportados % de varianza: dato no aportado			

Tabla 5.10. Solución factorial nº 3 (Ray y Faith, 1995)

□ *Estudio factorial nº 4***Autores:** Sanders, B. y Green J. A. (1994)**Muestra:** estudiantes universitarios: 294 varones y 566 mujeres**Lugar:** Connecticut. E.E.U.U.

Análisis factorial: Rotación Oblicua . Promax. (Tablas 5.11 y 5.12).

Criterios de extracción de factores: 1. scree test

2. análisis paralelo

3. interpretabilidad de los factores

Total de varianza explicada: varones 42% mujeres 44%

(No se aporta la varianza explicada de cada factor)

En el trabajo de Sanders y Green se hizo un análisis factorial para cada sexo (en la Tabla 5.11 se presenta la solución factorial de la muestra de hombres y en la Tabla 5.12 la de la muestra de mujeres). Sólo presentan en las tablas los ítems factorialmente simples, según el criterio seguido por sus autores: una carga factorial superior a .40 en un factor y menor de .25 en cualquiera de los otros dos factores. Por tanto, los ítems complejos se presentan en la tabla con espacios en blanco.

Para los autores, en el caso de la muestra de hombres, los resultados indican una estructura factorial compuesta por tres factores relacionados entre sí (el Factor I obtiene una correlación de .61 con el Factor II y de .61 con el Factor III; el Factor II y III se correlacionan con una puntuación de .48). El Factor I es denominado *Tendencia a la fantasía*. El Factor II es un factor de *Despersonalización-Desrealización*. Por último, en el Factor III se recogen experiencias amnésicas denominándose factor de *Amnesia*.

Ítem	Factor I	Factor II	Factor III
1. Conduciendo un coche...			
2. Escuchando conversación...			
3. Estar en un lugar y no saber...			
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...			
5. Entre sus pertenencias obj. nuevos...	-.04	.13	.65
6. Abordados por otros...	.10	-.12	.69
7. Verse "desde fuera"...	.20	.41	.14
8. No reconocer amigos...	-.03	.02	.66
9. Sin memoria de acontecimientos...			
10. Acusados de mentir...			
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	-.18	.66	.12
12. Personas y objetos no reales...	.04	.82	-.11
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece.	.17	.50	-.06
14. Recordar intensamente...	.60	-.14	.24
15. Recuerdos... ¿reales o soñados?			
16. Lugar familiar-extraño...	.51	.11	.18
17. Mirando T.V...	.83	-.15	-.04
18. Vivir fantasía intensamente...	.77	.05	-.10
19. Ignorar el dolor...			
20. Mirando al vacío...	.48	.20	.05
21. Hablar en voz alta...			
22. Actuar como 2 personas distintas...			
23. Hacer cosas espontáneamente....	.52	.13	.06
24. No recordar...			
25. Hicieron cosas que no recuerdan08	.20	.62
26. Notas y dibujos...			
27. Oír voces...			
28. Mundo a través de neblina...	.05	.73	-.11
Autovalores: superiores a 1. Valores específicos por factor no aportados			
% de varianza: dato no aportado			

Tabla 5.11. Solución factorial nº 4 - varones (Sanders y Green, 1994).

	Factor I	Factor II	Factor III
1. Conduciendo un coche...			
2. Escuchando conversación...			
3. Estar en un lugar...	-.09	.17	.66
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...	.00	.09	.70
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos	.04	.12	.59
6. Abordados por otros...	.52	-.13	.21
7. Verse "desde fuera"...	-.18	.42	.16
8. No reconocer amigos...			
9. Sin memoria de acontecimientos...			
10. Acusados de mentir...	.54	.10	.07
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	-.12	.74	.22
12. Personas y objetos no reales...	.08	.76	.01
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece	.08	.81	-.05
14. Recordar intensamente...	.56	.20	-.06
15. Recuerdos...¿reales o soñados?	.61	.08	.08
16. Lugar familiar-extraño...	.49	.24	.14
17. Mirando T.V...	.70	0.4	-.09
18. Vivir fantasía intensamente...	.72	.18	-.09
19. Ignorar el dolor...			
20. Mirando al vacío...	.64	.10	.01
21. Hablar en voz alta...	.46	.05	.03
22. Actuar como 2 personas distintas...			
23. Hacer cosas espontáneamente...	.66	.08	.06
24. No recordar...	.66	-.07	.17
25. Hicieron cosas que no recuerdan ...			
26. Notas y dibujos...			
27. Oír voces...			
28. Mundo a través de neblina...	.13	.50	.15
Autovalores: superiores a 1. Valores específicos por factor no aportados			
% de varianza: dato no aportado			

Tabla 5.12. Solución factorial nº 4 - mujeres (Sanders y Green, 1994).

En el caso de la muestra de mujeres las correlaciones entre los factores fueron de .52 entre el Factor I y II; entre el Factor I y III fue de .54 y por último, entre el Factor II y III se obtuvo una correlación de .46. Los factores extraídos muestran una pauta de cargas factoriales idénticas en el caso de Factor II (*Despersonalización-Desrealización*). Sin embargo destacan algunas diferencias encontradas en los otros factores (Factor I, *Tendencia a la fantasía* y Factor III, *Amnesia*). En estos dos casos, las mujeres

obtuvieron cargas factoriales en más ítems que los varones. Así, en el caso del Factor I éste se compuso de cinco ítems más que el mismo factor en la muestra de hombres. En el Factor III, las experiencias amnésicas también parecen ser de distinto tipo entre ambos sexos, diferenciándose entre experiencias amnésicas *situacionales* para las mujeres y *parciales* para los hombres, siguiendo la clasificación realizada por Ray y Faith (ver estudio factorial nº 3). Como resumen, los autores sugieren que dadas las diferencias encontradas por sexo entre las puntuaciones obtenidas en las dos matrices de correlaciones, quizás no sea correcto analizar conjuntamente los datos obtenidos en muestras de población mixtas.

Hasta aquí la exposición de cuatro estudios factoriales realizados con la D.E.S. Un análisis cuidadoso de los datos aportados permitirá hacer una serie de consideraciones a cerca de si realmente puede hablarse de una estructura simple de la D.E.S. O dicho de otra forma, ¿está bien definido el constructo *disociación* a través de los ítems que componen la escala? ¿Registran fiablemente el espectro de lo que se denomina “experiencias disociativas”? Se intentará dar respuesta a estas cuestiones en el capítulo siguiente.

Capítulo 6

EL ANÁLISIS FACTORIAL Y EL CONSTRUCTO “DISOCIACIÓN”

6.1 Sobre los constructos y los rasgos en psicología.

El acercamiento empírico al problema de la disociación puede hacerse a través de un enfoque multivariado. Por éste se entiende “el conjunto de técnicas estadísticas que analizan simultáneamente más de dos variables en una muestra de observaciones” (Kendall, 1975). En el caso de esta tesis, tal como se ha ido apuntando hasta aquí, son muchas las variables que se interrelacionan en la descripción de los trastornos disociativos.

Una de las formas en que la tradición diferencialista en psicología se ha acercado a la comprensión de la complejidad e individualidad de la persona, es a través del aislamiento de ciertas *dimensiones básicas de personalidad*. Este problema ha sido el objeto de estudio de los principales grupos de investigación de este área durante los últimos 40 años, siendo algunos de los más importantes liderados por R.B.Cattell, J.P. Guilford y H.J. Eysenck

El esfuerzo conjunto de estos y otros investigadores ha dado lugar a los instrumentos de medida psicológica de la personalidad más importantes y utilizados en la práctica (16PF de Cattell y EPQ de Eysenck, entre otros). Las dimensiones de personalidad aisladas en estos instrumentos han sido obtenidas a través del *análisis factorial*.

Aunando los conocimientos acumulados de estos años de investigación y utilizando la misma metodología que ha venido caracterizando la investigación en la psicología de las diferencias individuales, ha surgido un modelo de la personalidad que permite cierto consenso entre los resultados factoriales de los investigadores de este área y que aparece como un marco de referencia para futuras investigaciones. Se trata del modelo pentafactorial de la personalidad conocido como *Big Five*. Se presenta este modelo como ejemplo de cierta coherencia-invarianza factorial que se postula como fundamental para dar cuenta de las distintas dimensiones de un constructo.¹ El criterio de *invarianza factorial* se cumple cuando: 1) el factor o factores se han identificado en dos o más investigaciones realizadas por dos o más equipos de investigación independientes, 2) se ha conseguido aplicar en programas masivos de investigación y 3) se ha llevado a cabo una cierta manipulación experimental consistente sobre el constructo teórico previamente identificado (Forteza y Prieto, 1981). Así, tomando como referencia el constructo Personalidad a través de distintos análisis factoriales, se obtienen 5 dimensiones que a distintos niveles contienen los principales resultados factoriales obtenidos en éste área, a saber:

¹ Esta propuesta de coherencia factorial obtenida entre los distintos grupos de investigación en el área de las diferencias individuales en personalidad se presenta aquí intencionalmente simplificada. Para una exposición más amplia ver Colom 1995b, 1998.

Factor I = Extroversión, energía

Factor II = Cordialidad, afecto

Factor III= Minuciosidad, responsabilidad

Factor IV= Neuroticismo, nerviosismo

Factor V = Apertura, abierto de mente.

El análisis factorial ha sido una de las técnicas más utilizadas en el desarrollo y proceso de validación de nuevos instrumentos de medida como forma de delimitar el *constructo* o *constructos que subyacen en la estructura interna de una prueba psicológica*. (Kline, 1994; Cattell, 1952a; Howard y Cattell, 1985; Eysenk, 1977; Guilford, 1975).

Se entiende por *constructo* un atributo que se encuentra reflejado en las puntuaciones de un test (test que se supone evalúa el constructo). Dicho de otra forma, es una *abstracción psicológica* susceptible de ser analizada a través de los *indicadores* que contiene las distintas variables que la describen. Por tanto, un constructo es el modo en que se operacionalizan las *unidades de análisis* que conforman todo el “universo psicológico” susceptible de ser analizado. En este sentido, la validez de constructo es fundamental en la delimitación operativa de lo que significa un rasgo o dimensión psicológica (Pelechano, 1988). En el caso de esta tesis, la dimensión psicológica a nivel de *rasgo* que se pretende estudiar a través de la D.E.S. es “*disociación*”. Se supone que este constructo puede ser definido a través de las 28 variables (los 28 ítems) con que cuenta la escala. Hasta qué punto estas 28 variables poseen los criterios de bondad estadística necesarios para que esa suposición sea verosímil, es lo que se trata de discutir aquí.

Tomando la definición de Cronbach (1970) “un rasgo se puede describir como la probabilidad de que se pueda reaccionar de una determinada manera en respuesta a cierto tipo de situaciones”. En palabras de Buss y Poley (1977) “un rasgo puede caracterizar a un número de individuos, pero puede haber diferencias individuales en la *cantidad o nivel* de un rasgo. De aquí que el concepto de rasgo suponga una *dimensión* a lo largo de la cual puedan ordenarse las personas” (recuérdese aquí que este era el punto de partida teórico de Bernstein y Putnam para el desarrollo posterior de la escala).

De manera resumida, puede decirse que las características principales de los rasgos psicológicos son las siguientes (ver Colom, 1998 para una exposición más detallada):

1. Constituyen *disposiciones globales* que explicarían la relativa uniformidad comportamental que se puede observar en cualquier individuo, y que, por otra parte, permite identificarlo como tal.
2. Constituyen constructos científicos que tratan de describir y predecir las diferencias de conducta, siempre y cuando se organicen alrededor de una teoría sobre esas diferencias.
3. Permiten el establecimiento matemático de una dimensión continua sobre la cual se supone que los individuos se pueden distribuir normalmente.
4. Las respuestas de un sujeto ante un instrumento diseñado para medir los atributos o cualidades subyacentes de los individuos constituyen signos formales del rasgo que el instrumento trata de medir.

5. El tratamiento matemático de las respuestas de los sujetos ante una serie de instrumentos de medida, permite el refrendo o refutación de la caracterización de los rasgos psicológicos de los que se parte para el diseño de estos instrumentos, esto es, la teoría.
6. Los rasgos psicológicos están determinados tanto por variables hereditarias como por variables ambientales.

Llegados a este punto se puede preguntar ¿de qué manera se puede definir las características que conforman el constructo “disociación” a través del análisis factorial? Para responder a esta cuestión se analizarán y discutirán los datos obtenidos en diferentes estudios.

6.2 Análisis comparativo de seis estudios factoriales realizados con la D.E.S.

En el capítulo anterior se presentaron cuatro análisis factoriales realizados por distintos autores y con diferentes muestras. En este apartado se añadirán a éstos dos estudios más realizados por Bernstein y col. cuyos datos han sido publicados por Bernstein y Putnam en la revisión “An update on the Dissociative Experiences Scale” (1993). El análisis comparativo que se presenta a continuación se centrará fundamentalmente en los acuerdos y desacuerdos detectados en los siguientes aspectos:

1. Factores extraídos.
2. Inclusión de ítems en esos factores.

3. Detección de variables complejas y consecuencias posteriores.
4. Interpretación clínica vs. empírica del contenido de los ítems.

Respecto al primer punto, como ya se señaló en el capítulo 5, mayoritariamente tres son los factores extraídos en los análisis realizados: Amnesia, Despersonalización-Desrealización y Absorción-Tendencia a la fantasía (excepto en el estudio de Ross y col.1991 donde se denominó un factor como “Actividades de estados disociativos” y el de Ray y Faith donde aparecía dividida en dos factores la dimensión referida a la amnesia, ver capítulo 5 apartado 5.2.3.). Sin embargo, como puede observarse en el cuadro 6.1, no parece que los criterios de denominación de los factores sigan una pauta común entre los distintos autores.

Tras una visión detallada de este cuadro, se detecta cierta inconsistencia en cuanto al lugar que ocupan cada una de estas dimensiones a la hora de describir las características básicas (la estructura simple) de lo que se denomina como *disociación*. En este punto es necesario recordar que el concepto de *autovalor* se define como la cantidad de varianza que explica cada factor.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • FACTOR I <ul style="list-style-type: none"> – Disociación Amnésica – Absorción – Tendencia a la fantasía – Absorción – Desrealización | <ul style="list-style-type: none"> • FACTOR II <ul style="list-style-type: none"> – Depersonalización-Desrealización – Absorción – Actividades de estados disociativos – Depersonalización |
| <ul style="list-style-type: none"> • FACTOR III <ul style="list-style-type: none"> – Absorción-Tendencia a la fantasía – Experiencias amnésicas – Depersonalización-Desrealización – Amnesia – Amnesia parcial | <ul style="list-style-type: none"> • FACTOR IV <ul style="list-style-type: none"> – Amnesia situacional |

Cuadro 6.1. Denominación de los factores extraídos en seis estudios factoriales realizados con la D.E.S.

Pues bien, *el orden* con que se designa cada factor, (Factor I, Factor II,...) viene dado por esa cantidad de varianza explicada en orden decreciente, de forma que el Factor I explicará el mayor porcentaje de varianza, el Factor II un porcentaje menor que el I, el Factor III menor cantidad que el II y así con todos los factores extraídos. Esta breve explicación se justifica porque el Factor I reflejado en el cuadro 6.1, estaría en el caso de la D.E.S. representado tanto por la dimensión Amnesia, como por Absorción-Tendencia a la fantasía, como por Depersonalización-Desrealización. Dicho de otra forma, *las tres dimensiones mencionadas serían intercambiables en cuanto a cuál de ellas tiene*

un mayor poder explicativo de la variabilidad hallada en las puntuaciones de los individuos que cumplimentan la D.E.S.

Sin embargo, este caso no es aislado ya que el mismo hecho es aplicable a los demás factores, donde nuevamente se repiten estas dimensiones, complicando la tarea interpretativa que sigue a todo análisis factorial. Al menos se complica cuando una de las características de esta técnica es la *réplica de resultados*, esto es, la búsqueda de una *invarianza factorial* que permita delimitar de la manera más ajustada posible esa reducción dimensional de la que ya se ha hablado. Si el constructo a describir está realmente reflejado en las variables utilizadas para tal fin, entonces el perfil de respuesta de los individuos ante esas variables serán consistentes, replicándose del mismo modo la pauta de correlaciones entre las puntuaciones obtenidas. Para seguir esta reflexión, se repite aquí que esa pauta de correlación es la base sobre la que opera el análisis factorial.

Otro de los aspectos que ya se han mencionado más arriba, es que un factor da cuenta de las *características compartidas* por una serie de variables correlacionadas con ese factor (recuérdese la noción de *peso o carga factorial*). Por ello, y volviendo de nuevo al cuadro 6.1, resulta difícil entender que las variables comprendidas en el Factor I sean equivalentes a las que componen los otros dos factores, sobre todo cuando se está hablando de procesos *aparentemente* tan distintos como memoria, atención o sentido de la realidad y la propia identidad.

A la vista de lo expuesto, la denominación de los factores se presenta como un aspecto conflictivo dentro del análisis factorial. La tendencia inmediata de los investigadores, aún en un sólo estudio factorial, es denominar los factores extraídos con

la dimensión que supuestamente describen las variables que los definen. Este proceso no siempre presenta soluciones sencillas, ni incluso, justificadas. Una alternativa consistiría en no denominar un factor con una etiqueta que restringiera innecesariamente la interpretación psicológica de las variables que contiene, sino simplemente utilizar números romanos que sugiriesen varias asociaciones entre distintos términos que representasen el significado recogido por cada factor, según las variables que poseen cargas significativas en ellos (John, 1990).

Para ahondar más en este problema se presenta a continuación otro nivel en el análisis comparativo realizado, referido en este caso al acuerdo en la inclusión de ítems en los distintos factores. Un resumen gráfico de esta cuestión se puede ver en la figura 6.1 En esta figura están representados los tres factores extraídos en los estudios analizados (se ha eliminado de este estudio el Factor de “Actividades de estados disociativos” de Ross y col, 1991 ya que éste sólo aparece en sus resultados). Con el fin de clarificar este estudio comparativo, se han aglutinado bajo el factor *Amnesia* los factores de “Amnesia situacional” y “Amnesia parcial” del estudio de Ray y Faith, (1995), el de “Disociación Amnésica” de Bernstein y Putnam (1988), y el de “Experiencias Amnésicas” de Carlson y col. (1991). Bajo la denominación de cada factor se muestran en una columna los ítems que *en alguno de esos estudios* han sido incluidos en dicho factor.

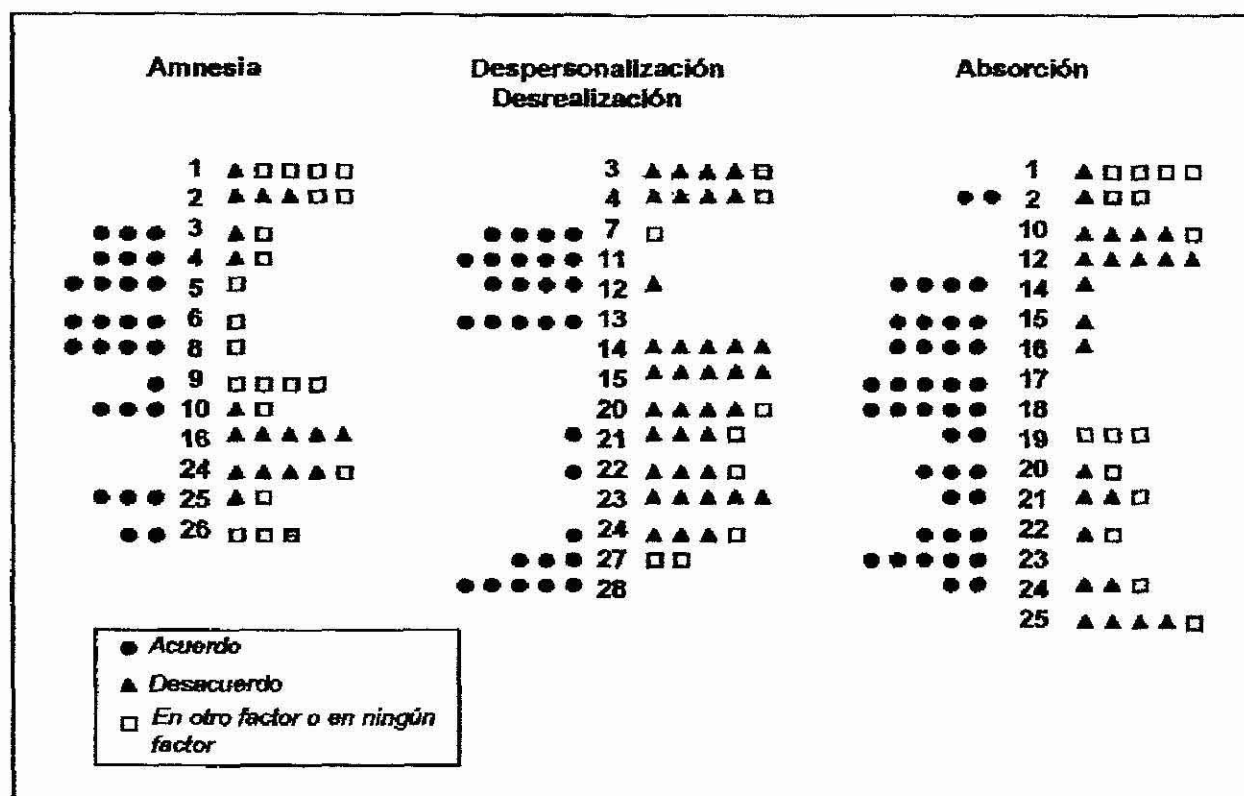


Figura 6.1 Acuerdos y desacuerdos en la inclusión de ítems en los factores mayoritariamente extraídos en los seis estudios analizados.

A los números que representan los distintos ítems de la D.E.S. les siguen por ambos lados una serie de símbolos, definidos en el recuadro inferior de la figura, que o bien van a dar cuenta del número de estudios que coinciden con esa inclusión ítem-factor, o que difieren de esa inclusión, o, por último, que no contemplan ese ítem formando parte de la estructura factorial obtenida (esto es, que no se relacionan con ningún factor o que es un ítem complejo, que carga en más de un factor). Esta información no ha sido dada explícitamente por los autores en todos los estudios, lo que

desgraciadamente deja abiertas las puertas de la especulación sobre esos ítems que no aparecen en sus resultados factoriales. Dentro de esta última opción también se recogen los ítems que cargan en otro factor distinto a los expuestos (el denominado por Ross y col. “Actividades de estados disociativos”).

Analizando la información de la figura 6.1 resulta cuando menos complicado hacerse una idea de cuáles de las variables contenidas en la D.E.S. dan cuenta realmente de los tres principales factores extraídos. Si bien un primer objetivo del análisis factorial es reducir el número de variables a un número menor de dimensiones que permitan definir un determinado campo de estudio con más parsimonia, en el caso del que se ocupa esta tesis ocurre que, si bien esa reducción de dimensionalidad parece un objetivo conseguido, sin embargo las variables que constituyen esas dimensiones no aparecen definidas con claridad.

Dicho de otra forma, se parte de una serie de variables que a priori se hipotetiza que miden un constructo psicológico (disociación); empíricamente, resulta que ese constructo psicológico es definido a través de tres dimensiones distintas (Amnesia, Absorción y Désrealización-Despersonalización). El análisis factorial no aporta información por sí mismo si no hay un cuerpo teórico que sirva de encuadre para esos datos. En palabras de Eysenck, el análisis factorial es un buen criado, pero un mal amo. Así, en este caso, las dimensiones obtenidas son coherentes con las hipótesis de partida, ya que las tres dimensiones obtenidas refrendan la alteración de determinadas áreas del funcionamiento psicológico que caracterizan los síntomas que se encuentran en los trastornos disociativos. Hasta aquí parece que se van cumpliendo

los supuestos sobre los que se opera en la investigación factorial. Por tanto, ¿dónde estaría la conflictividad de los datos obtenidos?

Un dato relevante es el de los ítems que no cargan en ningún factor, existiendo una gran variabilidad de resultados en este punto. Como se definió más arriba, el peso factorial hace referencia al grado de relación existente entre un ítem (una variable del problema a definir) y un factor (una dimensión compuesta por un determinado número de variables). Pues bien, en el caso de los ítems que no se relacionan con ningún factor (señalados en la figura 6.1 con un cuadrado junto a los pertenecientes al factor “actividades de estados disociativos”), no se ha hecho ninguna reflexión posterior en los estudios analizados que permita avanzar en la investigación de esta alternativa de exploración psicológica de los trastornos disociativos a través de la D.E.S. Si un ítem no se relaciona con ninguna de las dimensiones obtenidas ¿cuál sería la consecuencia inmediata de este resultado?. Pues que ese ítem no sería una variable adecuada (*útil*) en la definición de lo que se entiende por disociación. Esto significaría que si bien desde la estrategia *racional* utilizada para la construcción de la D.E.S. ciertos ítems pueden ser informativos del atributo que se está estudiando, *empíricamente* los datos sugieren que esa información no es relevante, a pesar de que pueda tener una validez aparente; no comparte las características descriptivas de las dimensiones obtenidas.

El mismo tipo de reflexiones cabe hacerse en relación a otro aspecto básico dentro del análisis factorial; el que hace referencia a aquellas variables que cargan en más de un factor (recuérdense aquí las explicaciones que a este respecto daban los autores de la D.E.S., expuestas en el capítulo 5). Curiosamente, este no ha sido un resultado sistemáticamente comentado por los autores de estos estudios. Las implicaciones teóricas y empíricas para estas variables, denominadas *variables*

complejas, se resumen repitiendo lo dicho para el caso de las variables que no se relacionan con ningún factor: no sería una variable adecuada (útil) en la definición de lo que se entiende por disociación. Aquí el que un ítem cargue positivamente en más de un factor estaría señalando que no es un indicador “puro” de esa dimensión ya que el contenido se solapa con otros aspectos distintos del rasgo en cuestión, puesto que mide o explora más de una dimensión.

Todo esto, lleva a una nueva reflexión sobre la *validez de contenido* de la escala. Como se comentó en el capítulo 5, las diferentes garantías psicométricas que todo instrumento de medida psicológica debe cumplir incluyen de manera especial aquellas referidas a su *validez*. En las reflexiones contenidas hasta aquí, implícitamente se están tratando cuestiones referidas a la *validez de constructo* y a la *validez de contenido*. La interdependencia de estos dos conceptos es clara a la luz de lo que se ha venido diciendo. La validez de contenido es una cuestión prioritaria para un análisis adecuado de la validez de constructo.

Sin embargo, y volviendo al punto central, el hecho de que en la D.E.S. existan tanto variables complejas como ítems que no cargan en ningún factor no significa que la escala quede invalidada. Lo que llama la atención en el estudio comparativo realizado de los seis análisis factoriales, es precisamente la poca atención que se ha prestado a los aspectos que se acaban de mencionar. Existen medidas muy sencillas que permiten dar respuesta satisfactoriamente a los problemas que se acaban de plantear aquí, pero, para ello, es necesario conceptualizar la metodología factorial como un proceso de investigación en el cual un único análisis factorial es sólo el primer paso en la clarificación empírica de un constructo a determinar.

Otro de los aspectos que se ha tenido en cuenta en el análisis que se realiza en este apartado es el problema de la interpretación clínica versus empírica de los ítems. En cierta medida se han apuntado más arriba algunos matices de esta cuestión, pero se profundizará ahora a través de algunos ejemplos.

Volviendo a la figura 6.1, se puede observar como el acuerdo total respecto a la dimensión de la que dan cuenta los ítems se da tan sólo en 6 de ellos (los ítems 28, 11 y 13 como pertenecientes al factor *Despersonalización-Desrealización*, y los ítems 17, 18 y 23 que pertenecen al factor *Absorción*). Por otra parte, se puede hablar de bastante acuerdo en los ítems 14 y 15 como formando parte del factor de *Absorción* salvo en un estudio donde carga en el factor de *Despersonalización-Desrealización*. Lo mismo ocurre con el ítem 16, mayoritariamente perteneciente al factor de *Absorción* excepto en un estudio donde es incluido en el factor de *Amnesia*. En el caso del ítem 12 el acuerdo es casi completo refiriéndolo al factor *Despersonalización-Desrealización*, salvo en un estudio donde carga en el factor de *Absorción*. Es necesario repetir que el hecho de que un determinado ítem pertenezca o no a un factor es un resultado de un análisis empírico a través de las respuestas dadas por los sujetos en la escala y por tanto del grado de correlación encontrada entre ese ítem y ese factor. A partir de aquí se aclarará con algunos ejemplos lo que se pretende explicar.

En el caso del ítem 24 (no recordar si hicieron algo o sólo pensaron en hacerlo...) se puede observar cómo en tres estudios correlaciona con el factor *Absorción*, en otro estudio se incluye en el factor *Amnesia* y en un cuarto estudio en el de *Despersonalización-Desrealización*. En un último estudio, este ítem desaparece

del resultado factorial final. Este hecho da cuenta de algunos aspectos importantes. En primer lugar, teóricamente este ítem recoge una experiencia del ámbito de la memoria, siendo elegido por tanto para medir la dimensión de Amnesia. Sin embargo empíricamente los resultados lo sitúan como una variable relevante tanto de la dimensión de Absorción como de la dimensión Despersonalización-Desrealización. Esto significa al menos cuatro cosas:

1. El contenido del ítem *no representa* claramente la dimensión que se supone que está definiendo.
2. Los sujetos están entendiendo *algo distinto* de lo pretendido a la hora de interpretar el ítem.
3. No recordar si hizo algo o sólo pensó en hacerlo, es una experiencia que puede darse a través de un fenómeno de amnesia, de desrealización-despersonalización o de absorción.
4. En el estudio donde este ítem no aparece en la solución final, en el caso de que sea por su complejidad (que cargue en más de un factor) cabe volver a la explicación dada en el punto tres. En el caso de que sea por no obtener carga factorial, claramente ese ítem no está explorando ninguna de las dimensiones obtenidas.

Otro ejemplo interesante es el ítem 2 (escuchando una conversación, sin querer han dejado de percibir parte de la misma...). En tres estudios aparece relacionado con el factor de Absorción, en uno con el factor de Amnesia y en dos estudios no aparece reflejado en la solución final (en uno de ellos es un ítem complejo). El tipo de reflexión que puede seguirse en este caso es similar al realizado en el ejemplo

anterior, aunque en esta ocasión el problema se limita a los fenómenos de Amnesia y Absorción.

Un último ejemplo es el ítem 9 (no tener memoria de algunos acontecimientos importantes de su vida...). En dos estudios hay acuerdo en su relación con el factor de Amnesia. Sin embargo, en cuatro estudios se han eliminado del resultado final, bien por ser un ítem complejo, bien por no cargar suficientemente en ningún factor. Claramente no es un ítem informativamente puro de la dimensión Amnesia, a pesar de su clara validez aparente.

Quizá toda esta discusión pudiera haber sido evitada en el caso de que no se hubieran dado nombres a los factores y tan sólo aparecieran reflejados éstos a través de la combinación de determinadas variables independientemente de su contenido teórico. Esto es, que se hubiera conseguido replicar el agrupamiento de variables en un número de factores hallándose una estructura simple, cuya significación psicológica sería en este caso un problema a estudiar a posteriori. Sin embargo, tal y como se presenta en la figura 6.2 tampoco en este caso parece haberse alcanzado ningún consenso.

En este nuevo análisis se han dispuesto bajo cada factor (independientemente de su denominación) aquellos ítems que en alguno de los análisis factoriales comparados en la figura 6.1 han cargado en el mismo, seguidos de los símbolos que permiten analizar de forma gráfica el número de estudios que comparten o difieren de ese resultado.

Parece, por tanto, que la significación teórica de cada una de las variables elegidas para definir el problema de la disociación no corresponde, *en la práctica*, a las hipótesis de partida para su elección.

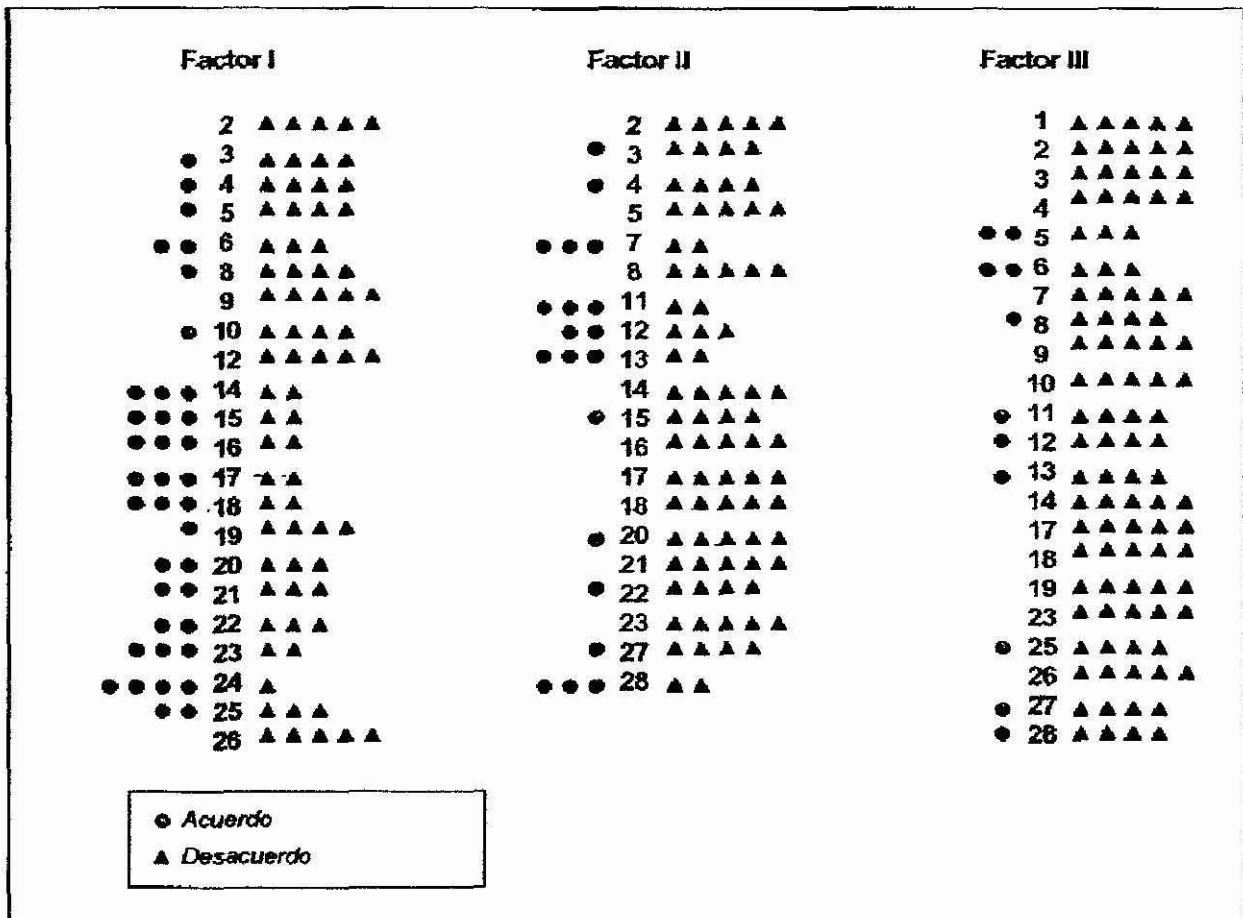


Figura 6.2 Análisis comparativo de los seis estudios analizados en función de los acuerdos o desacuerdos en la inclusión de ítems en cada factor independientemente de la denominación que éstos hayan recibido.

En el cuadro 6.2 se expone a continuación nuestra propia conceptualización teórica de las experiencias reflejadas en los ítems de la D.E.S. de la escala con muestra española. Hasta qué punto esta interpretación teórica realizada de la D.E.S. se ajusta o no a los datos empíricos obtenidos, es algo que se comentará en conjunción con los resultados factoriales obtenidos en la validación de la escala con muestra española. Es lo que se presenta en el siguiente capítulo.

1. Conduciendo un coche...	Absorción+Amnesia
2. Escuchando una conversación...	Absorción
3. Estar en un lugar y no saber...	Amnesia+Absorción
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...	Amnesia+Absorción
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...	Amnesia+Absorción
6. Abordados por otros...	Amnesia
7. Verse "desde fuera"...	Despersonalización
8. No reconocer amigos...	Agnosia
9. Sin memoria de acontecimientos...	Amnesia
10. Acusados de mentir...	Amnesia
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	Despersonalización
12. Personas y objetos no reales...	Desrealización
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece...	Despersonalización
14. Recordar intensa mente...	Hipermnesia
15. Recuerdos...¿Reales o soñados?...	Hipomnesia
16. Lugar familiar-extraño...	Desrealización
17. Mirando la T.V...	Absorción
18. Vivir fantasía intensamente...	Absorción
19. Ignorar el dolor...	Despersonalización+Absorción
20. Mirando al vacío...	Absorción
21. Hablar en voz alta...	Despersonalización+Absorción
22. Actuar como 2 personas distintas...	Despersonalización
23. Hacer cosas espontáneamente...	Amnesia+Absorción
24. No recordar...	Amnesia
25. Hicieron cosas que no recuerdan...	Amnesia
26. Notas y dibujos...	Amnesia
27. Oír voces...	Despersonalización
28. Mundo a través de neblina...	Desrealización

Cuadro 6.2. Interpretación clínica de los ítems contenidos en la D.E.S.

En resumen, se ha ejemplificado el alcance del análisis factorial como indicador de la validez (de contenido y de constructo) de un instrumento de medida psicológica (en este caso, la D.E.S.). Los distintos análisis comparativos realizados sugieren cierta inestabilidad en los resultados, o, al menos, cuestionan la idoneidad de algunas de las variables contenidas en la D.E.S. como descriptoras de lo que se entiende por Disociación. Estos aspectos se discutirán con detenimiento en el último capítulo.

Capítulo 7

PRIMEROS DATOS DE VALIDACIÓN DE LA D.E.S. EN ESPAÑA

El objetivo general de los estudios que a continuación se describen, es el de hacer un primer acercamiento empírico en nuestro país de la versión traducida al castellano de la Dissociative Experiences Scale (D.E.S.). La necesidad de contar con un instrumento fiable y válido para la detección de trastornos disociativos ha hecho que esta escala no sólo sea conocida en ciertos ambientes clínicos, sino que, incluso, se haya comenzado a utilizar sin las garantías psicométricas que deben respaldar el uso de cualquier instrumento de medida psicológica.

7.1 Primera fase: datos normativos

7.1.1. Introducción

En esta primera fase se pretendía obtener datos normativos sobre *distribución de puntuaciones* en una muestra española. Para ello, el primer paso fue traducir la

escala del inglés al castellano (traducción del Dr. Orengo García, ver Anexo D). Se respetó el formato de respuesta original y las instrucciones dadas por sus autores (Ver Anexo C). Las hipótesis de partida en esta fase eran:

1. que se obtendrían puntuaciones bajas en las respuestas de la población no patológica y
2. posiblemente se encontrarían diferencias entre las puntuaciones obtenidas por sexos, pudiendo las mujeres obtener puntuaciones más altas.

En esta primera fase, tal y como reflejan las dos hipótesis, interesaba saber sobre todo *cómo se distribuirían las respuestas en la población normal*, buscando confirmar así los datos hallados en otros estudios sobre la incidencia y prevalencia de este tipo de experiencias en población no patológica (Ensink y Oterloo, 1989; Ross y col., 1991; Bernstein y Putnam, 1993; Ray y Faith, 1995; Spiegel, 1994). Saber qué tipo de experiencias podían ser indicativas de disociación normal dentro del repertorio cognitivo-conductual de personas normales, apoyaría la idea del *continuo disociativo* que enmarca este campo de estudio. La elección como muestra patológica de pacientes diagnosticados con un trastorno de esquizofrenia será explicada en el apartado correspondiente, dentro del método seguido en este primer acercamiento empírico en nuestro contexto cultural.

7.1.2. Método

Sujetos

Se estudiaron dos muestras: la muestra normal estuvo compuesta por universitarios españoles de las facultades de Psicología (n=101) de la Universidad

Autónoma de Madrid (U.A.M.), y de Publicidad y Ciencias Empresariales Europeas (n=121) de la Universidad Europea – CEES (Madrid) con edades comprendidas entre 17 y 27 años (media = 20.8 d.t.= 1.9) y de ambos sexos (V=68, M=154). Los criterios seguidos para la elección de esta muestra fueron los de accesibilidad, homogeneidad y representatividad de población no patológica.

La muestra patológica constaba de pacientes internos (n=17) en la unidad de agudos del Area de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). Los pacientes habían recibido previamente el diagnóstico de esquizofrenia, con edades comprendidas entre 17 y 69 años (mediana =36) también de ambos sexos (V=7, M=10). Se optó por un criterio de homogeneidad dentro de la población patológica eligiendo por ello uno de los diagnósticos más frecuentes en la práctica clínica dentro del contexto hospitalario de salud pública. Dada la dispersión diagnóstica que presentan los pacientes con trastornos disociativos en nuestro país, no existía la posibilidad de encontrar una muestra suficiente para llevar a cabo análisis estadísticos válidos.

Instrumento

Los sujetos cumplieron la D.E.S. Las características de este instrumento han sido expuestas anteriormente.

Procedimiento

En la muestra normal, los sujetos cumplieron la escala colectivamente en sus respectivas aulas. Los alumnos fueron informados previamente sobre los fines

investigadores de este estudio y su participación fue voluntaria. En el caso de la muestra patológica, la escala se aplicó de forma individual para garantizar una adecuada comprensión, tanto del contenido de los ítems como del formato de respuestas. El estudio piloto realizado previamente con estos pacientes sugirió este método como el más adecuado. Las dificultades de atención y comprensión propias de estos pacientes hacía que se perdiera mucha información si se les pedía que cumplimentasen ellos mismos la escala. Las implicaciones de este método de cumplimentación serán analizadas con detenimiento más adelante.

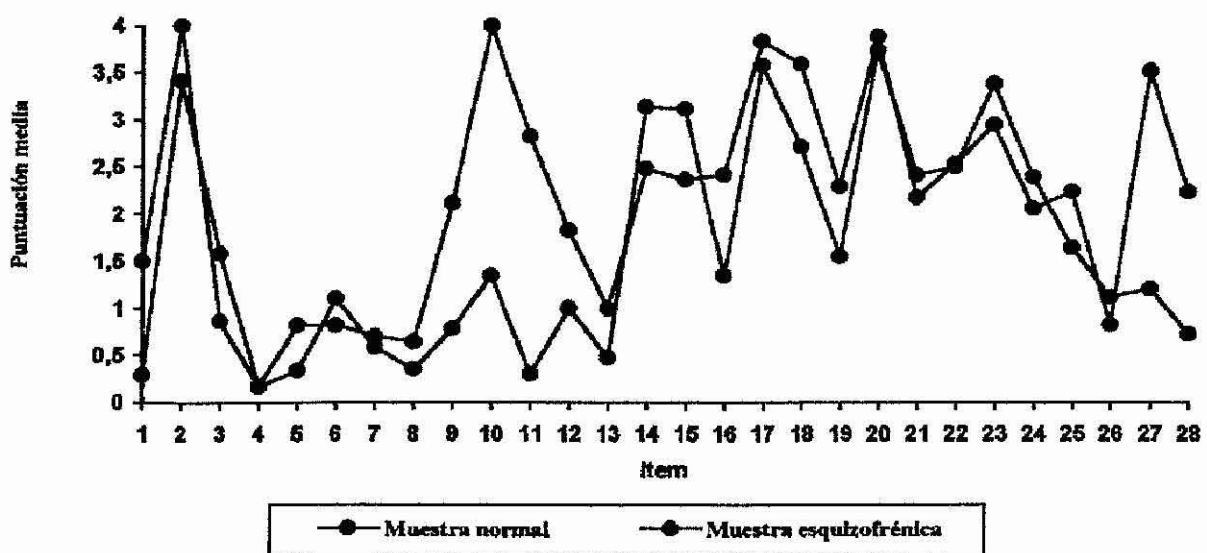
Análisis de datos

Con los datos obtenidos se compararon, en primer lugar, las puntuaciones medias obtenidas en los distintos ítems por los sujetos normales y los pacientes psiquiátricos. Un segundo análisis consistió en comparar las puntuaciones obtenidas en función del sexo, tanto por los sujetos universitarios como por la muestra patológica (t de Student).

Para saber el nivel de *fiabilidad* de la escala, se calcularon cuatro índices de consistencia interna: correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en cada ítem con la puntuación total obtenida en la escala, correlación múltiple entre las puntuaciones obtenidas en los 28 ítems, test de las dos mitades (Split-half de Guttman), y el α de Cronbach (índices de homogeneidad). Como medida de *validez*, se calculó un análisis factorial de componentes principales (validez de constructo).

7.1.3. Resultados

La puntuación media en la D.E.S. obtenida por la muestra normal fue de 1.5 (d.t.= 1.3). En la muestra patológica fue de 2.0 (d.t.= 1.6). Aunque hay diferencias entre varones y mujeres de la muestra normal en la puntuación total obtenida en la escala (media =1.44 para varones y media =1.64 para mujeres) estas diferencias no fueron significativas (t de Student = -1.09, p = .278). En la muestra esquizofrénica tampoco se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en función del sexo (t de Student =.17 , p = .86). Por otra parte, la pauta de respuesta de los sujetos normales vs. patológicos en los distintos ítems muestran patrones diferentes, aunque no en todos los ítems. Las diferencias son estadísticamente significativas en los ítems 9, 10, 11, 27 y 28 (p < 0.05), con bajas puntuaciones para los sujetos normales (entre 0.3 y 1.3) y altas (superiores a 2.00) para la muestra esquizofrénica. El perfil de respuestas obtenido por cada una de las muestras se presenta en la gráfica 7.1:



Gráfica 7.1. Patrones de respuesta en la D.E.S.: muestra normal vs. muestra esquizofrénica

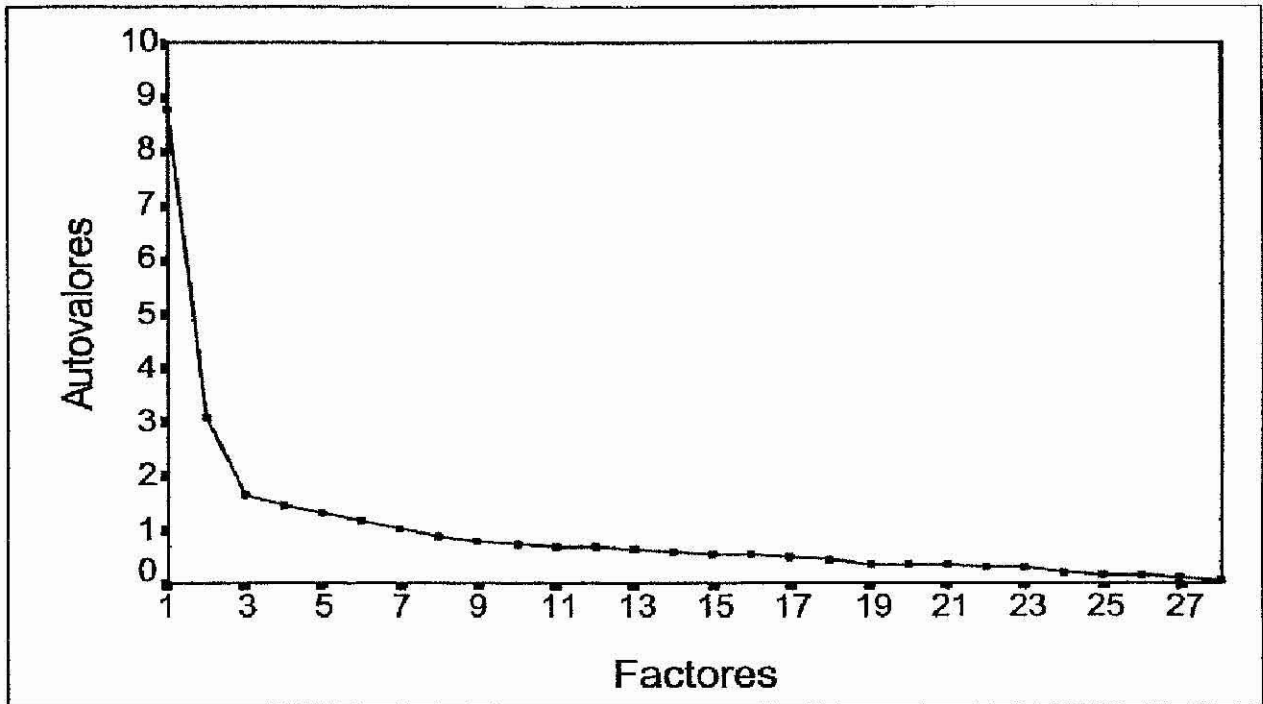
Se destaca en este resultado la gran dispersión de respuesta reflejada en la desviación típica obtenida en la dos muestras analizadas. Así, en el caso de la muestra normal la desviación típica de la puntuación total media hallada fue de 1.3, siendo de 1.6 para la muestra patológica. Esta dispersión se mantiene en cada uno de los ítems y para las dos muestras como se puede observar en las tablas E1 y E2 del Anexo E.

Respecto a la consistencia interna de la escala, se obtuvo un alpha de Cronbach de .91 en la muestra normal y de .92 en la muestra patológica ($p < 0.05$). En el test de las dos mitades (Split-half de Guttman) el valor obtenido fue de .60 ($p < 0.05$), en el caso de la muestra normal y de .72 ($p < 0.05$) en el caso de la muestra esquizofrénica. Las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones de cada ítem y la puntuación total fueron todas estadísticamente significativas ($p < 0.01$) para la muestra normal. Se presenta este resultado en la tabla E.3 del Anexo E.

No ocurre lo mismo en el caso de la muestra patológica, donde sólo obtienen correlaciones significativas los ítems 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24 y 27 como puede observarse en la tabla E.4 del Anexo E. Por otra parte, la correlación múltiple entre los 28 ítems de la escala fue de .95.

La validez de constructo se estudió a través del análisis factorial. Se usó la técnica de componentes principales con rotación Varimax (Kaiser, 1958). La matriz original de correlaciones se presenta en el Anexo F. Para la extracción de factores se siguieron dos criterios: que tuvieran un autovalor superior a 1 (Kaiser, 1960) y la solución propuesta a través del scree-test (Cattell, 1966b; de Juan Espinosa, 1977). La

solución factorial en base a estos criterios fue de tres factores como se muestra en la gráfica 7.2:



Gráfica 7.2 . Scree-test del análisis factorial de la muestra nº 1 (n=222)

El porcentaje total de varianza explicada fue de un 47.7%. El criterio para la inclusión de ítems en cada factor fue el de una carga factorial igual o superior a .30. Se presenta en la tabla 7.1 el resultado original.

El **Factor I** (31,4% de varianza explicada) se compone de los ítems 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27 y 28. En esta última parte de la escala (excepto el ítem 22 que no carga en este factor), es donde se encuentran la mayores correlaciones entre las puntuaciones obtenidas, oscilando todas ellas entre .53 y .85. Los ítems de este factor presentan una alta consistencia interna (alpha de Cronbach = .93). El tipo de experiencias que se

relacionan con este factor están formadas tanto por fenómenos de Absorción, como de Amnesia y Despersonalización- Desrealización.

Ítem	<i>F I</i>	<i>F II</i>	<i>F III</i>
1. Conduciendo un coche...	.10	.44	-.17
2. Escuchando conversación...	.21	.23	.54
3. Estar en un lugar...	.04	-.12	.26
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...	.04	-.01	.21
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...	.21	.01	.03
6. Abordados por otros...	.22	.24	-.07
7. Verse "desde fuera"...	.08	.17	.15
8. No reconocer amigos...	.02	.10	.05
9. Sin memoria de acontecimientos...	.06	.00	.08
10. Acusados de mentir...	.28	.20	.61
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	.28	.02	.06
12. Personas y objetos no reales...	.12	.39	.03
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece...	.22	.16	.31
14. Recordar intensamente...	.23	.57	.27
15. Recuerdos...¿reales o soñados?...	.17	.42	.36
16. Lugar familiar-extraño...	.14	.03	.45
17. Mirando T.V...	.19	.78	.13
18. Vivir fantasía intensamente...	.05	.69	.33
19. Ignorar el dolor...	.81	.09	.01
20. Mirando al vacío...	.88	.16	.19
21. Hablar en voz alta...	.88	.06	.00
22. Actuar como 2 personas distintas...	.05	.13	.72
23. Hacer cosas espontáneamente...	.72	.17	.21
24. No recordar...	.68	.21	.21
25. Hicieron cosas que no recuerdan83	.02	.23
26. Notas y dibujos...	.94	-.03	-.03
27. Oír voces...	.59	.26	.08
28. Mundo a través de neblina...	.84	.02	.09
Porcentaje de varianza explicada	31,4	11	5,8
Autovalores	8,78	3,08	1,16

Tabla 7.1. Solución factorial original de la primera muestra normal (n=222)

El **Factor II**, (11 % de la varianza) agrupa los ítems 1, 12, 14, 15, 17, y 18.

Recoge experiencias de atención focalizada (absorción) ya sea en el pasado o en el

presente, que dificultan el acceso a una noción de *realidad continua* en la vida del individuo, impidiendo en cierto modo un adecuado manejo de las experiencias vividas. Esto hace que en ocasiones exista una distorsión de la memoria pudiendo llegar en ocasiones a cierta sensación de desapego o extrañeza de la realidad presente. La consistencia interna de los ítems que cargan en este factor es de .78 (alpha de Cronbach).

El Factor III, (5.8 % de la varianza) está compuesto por los ítems 2, 10, 13, 16, y 22. Agrupa ítems donde la persona experimenta una serie de sensaciones y acontecimientos que parecen no encajar con su percepción de lo real. Algunos de estos acontecimientos podrían encuadrarse en procesos de Despersonalización y Desrealización. Es un factor cuyos ítems presentan una consistencia media (Alpha de Cronbach =.65).

Retomando el estudio comparativo realizado en el capítulo anterior, a continuación se presenta en la figura 7.1 el grado de acuerdo o desacuerdo existente entre el análisis factorial realizado en muestra española y los comparados anteriormente (ver figuras 6.1 y 6.2). En este caso el criterio comparativo será el acuerdo o desacuerdo en la inclusión de los ítems de nuestro resultado factorial (que son los que aparecen numerados) en los tres factores extraídos, independientemente de cómo haya sido denominado en los distintos estudios. En este nuevo análisis se observa que existe poco acuerdo respecto a qué ítems conforman cada factor. Como se apuntaba en el capítulo anterior, la falta de homogeneidad entre los resultados factoriales de la D.E.S. van más allá de posibles discusiones interpretativas sobre los procesos psicológicos contenidos en cada factor. Los ítems complejos son una fuente de confusión a la hora de

determinar qué variables son las que mejor definen el constructo que se pretende delimitar.

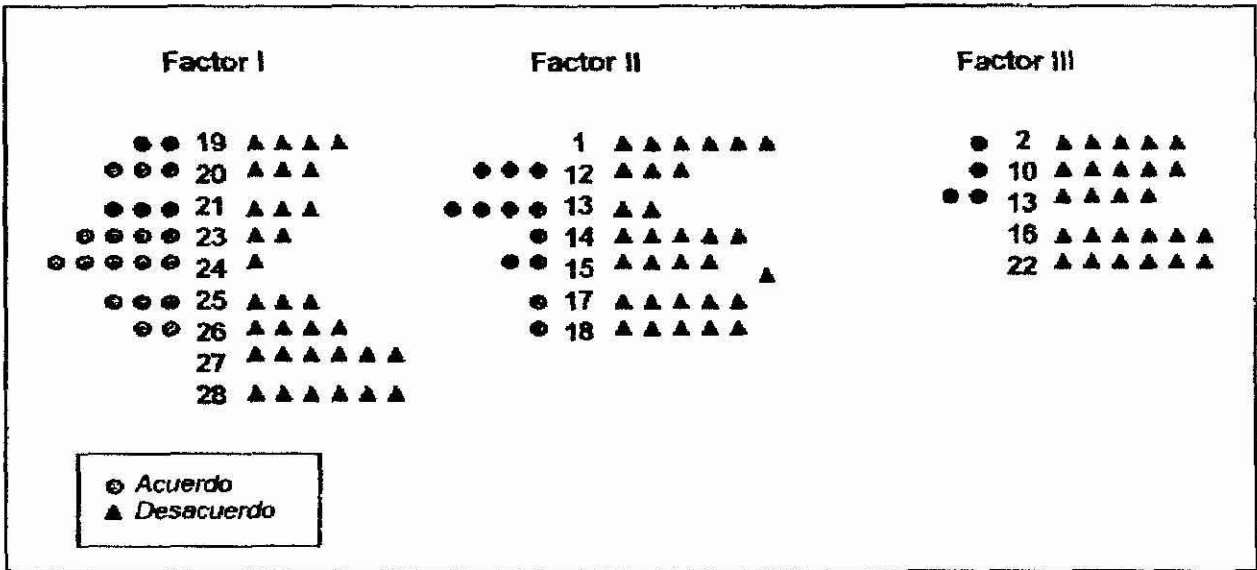


Figura 7.1 Análisis comparativo entre el resultado factorial obtenido con muestra española y los seis estudios analizados anteriormente. Acuerdos y desacuerdos en la inclusión de ítems en los distintos factores extraídos independientemente de su denominación

7.1.4. Conclusiones

La D.E.S. se define en principio como una escala autoadministrada. Sin embargo, los resultados obtenidos en este primer estudio sugieren las siguientes conclusiones:

1. En sujetos psiquiátricos, se encontró sistemáticamente cierta dificultad en la cumplimentación de la escala. Los pacientes optaban mayoritariamente por un formato de entrevista cuando esta modalidad les era sugerida ante las dudas que mostraban tras la lectura de los ítems (respecto al sentido de los mismos). Las mismas dudas se presentaban en algunos pacientes a la hora de puntuar la prevalencia de dichas experiencias, ya que los porcentajes de tiempo no parecían ser para ellos una medida intuitiva de sus experiencias disociativas. Por otra parte, la dificultad para centrar la atención, inherente en muchos de estos pacientes, era otro dato que recomendaba esta alternativa de cumplimentación.

2. Los autores de la D.E.S. han sugerido que debe haber una entrevista posterior con aquellos sujetos que obtienen puntuaciones altas en algunos ítems, para ahondar en el tipo de experiencias disociativas que esos ítems contienen. Siguiendo esta observación, parece más económico y enriquecedor realizar esta tarea de forma simultánea a la aplicación de la prueba, ya que la interacción directa permite obtener más información, al contar el paciente otras experiencias no presentes explícitamente en la escala, y que le son sugeridas por el contenido de algunos ítems (al menos esto es claro en el caso de los pacientes esquizofrénicos). Por ejemplo, en el ítem nº 27, "escuchar voces en su cabeza que le dicen cosas u opinan sobre lo que hace..." un paciente dijo que no le pasaba porque, "no me dicen nada ni opinan sobre lo que hago, son sólo conversaciones y silbidos...". En el ítem nº 28, "...ver el mundo a través de una neblina...", algunas respuestas que se obtuvieron fueron "...a veces me mareo y me caigo. Las personas que me rodean son diablos" o "...yo soy sólo espectadora. No participo en el mundo" o "...lo nublo yo con mis ojos, así es más bonito". Respecto al

ítem nº 13, "...sentir que su propio cuerpo no le pertenece" un paciente contestó "...tengo dos personas: una es para mí y la otra me molesta. Pero no se cual de las dos es." En el ítem nº 20, "quedarse ensimismado, mirando al vacío..." un paciente relató que le pasaba mucho sobre todo de pequeño, llegando incluso a quedarse dormido en la calle. En el ítem nº 12, "sentir que otras personas, objetos y el mundo que le rodea no parecen reales..." un paciente contó que se le aparecía su hermana muerta. Otros muchos pacientes tendían a interpretar este ítem en el sentido de "mundo traicionero", o que "las cosas están cambiando" o que "la gente que parece real (en el sentido de buena, honesta) en el fondo son malas personas" o "el mundo no es noble". En el ítem nº 8, "no reconocer a amigos o familiares..." un paciente respondió "...es que estar poseído es algo muy difícil de explicar...". Estos pocos ejemplos sirven como muestra para sugerir que si el terapeuta no está presente y de forma activa en la aplicación de la escala (*al menos tal y como está concebida hasta ahora*), es muy posible que los resultados de la misma se vean alterados por las dificultades inherentes a cierto tipo de pacientes para interpretar la información de una forma adecuada y ajustada al contenido de las experiencias por las que se pregunta.

3. La comprensión correcta de los ítems, por tanto, aparece como un aspecto básico, tanto en muestra normal como patológica. Así, ante algunas puntuaciones anormalmente altas en algunos sujetos universitarios, se tuvo la oportunidad de preguntarles directamente a algunos de ellos, en entrevistas posteriores, sobre cómo habían interpretado el ítem en cuestión, encontrándose que los sujetos normales tienden, a su vez, a "*normalizar*" el contenido de esos ítems. Por ejemplo, en el ítem "...escuchar voces en su cabeza" lo que en realidad interpretaban era un tipo de

lenguaje subvocal propio, lejos de la experiencia despersonalizadora que es el verdadero sentido del ítem. Otro ejemplo en este sentido, sería el ítem "...actuar como si fueran dos personas distintas", que muchos interpretaban como una capacidad de adaptación a distintas situaciones sociales, no teniendo esto nada que ver con posibles alteraciones disociativas de la identidad. Esta interpretación personal de los ítems que tiende a la normalización de los mismos, por parte de los sujetos no patológicos, podría explicar de forma razonable la gran variabilidad de puntuaciones ante algunos ítems que se ha apuntado en el apartado de resultados. En el caso concreto de los pacientes psiquiátricos, esta cuestión se acentúa aún más, por cuestiones que ya han sido mencionadas.

4. La dimensión temporal de las experiencias disociativas, también parece ser un dato interesante que se pierde con la aplicación autoadministrada de la prueba a través del formato de respuesta actual. En algunos casos, se encontró que el sujeto respondía "antes me pasaba muchísimo, pero ahora no " o " me pasó de una forma muy intensa una vez", relatando las circunstancias en que esas experiencias se daban. En estos casos se optó por puntuar "0" esos ítems, ya que esas experiencias no se encontraban presentes en ese momento, pero sí parece un dato importante para un *análisis cualitativo del grado de disociación global del sujeto*. En el caso de pacientes con un historial de reingresos, algunos comentaban que si bien en este momento no tenían algunas de las experiencias preguntadas en la escala, estas sí que estaban presentes en uno o varios ingresos anteriores. Se sugiere que obtener este dato, de alguna manera, ayudaría a evaluar la evolución del grado de disociación de ese paciente y analizar las variables que intervienen para que ciertas experiencias disociativas estén presentes en

unas ocasiones y no en otras. Por tanto, saber si ciertas experiencias no se han dado nunca, o sólo están ausentes en el pasado inmediato del paciente, ayudaría a corroborar la idea de *rasgo*, latente en la conceptualización teórica de la escala, en este caso, a padecer un "estilo de vida" disociado.

Otros resultados relevantes son la alta consistencia interna de la escala (α de Cronbach =.91 en muestra normal y .92 en muestra patológica) y la ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la incidencia de experiencias disociativas. Las puntuaciones medias obtenidas tanto en la muestra normal (media = 1.5) como en la patológica (media = 2.05) sugieren reflexionar sobre los puntos de corte propuestos como indicador de un diagnóstico de trastorno disociativo. Estos puntos son: 3.00 (Bernstein y Putnam, 1993), 2.5 (Draijer y Boon, 1993) y una puntuación entre 1.5 y 2 (Steinberg y col., 1991). Por otra parte, todos los ítems correlacionan significativamente con la puntuación total obtenida en la escala.

Respecto a la bondad de las variables contenidas en la D.E.S. para dar cuenta empíricamente del constructo disociación, los resultados del análisis factorial realizado sugieren reflexionar sobre una serie de puntos. Tal y como se expuso más arriba, se extrajeron 3 Factores que explican el 47,9 % de la varianza total. Atendiendo a la interpretación clínica que se hacía de los ítems al final del capítulo 6, puede observarse que el Factor I estaría compuesto por experiencias tanto de absorción como de amnesia así como de despersonalización-desrealización. El Factor II mayoritariamente da cuenta de experiencias disociativas en el ámbito de la memoria y de los fenómenos de

absorción. Por último en el Factor III, de cinco ítems tres de ellos reflejan experiencias de despersonalización-desrealización.

En realidad lo que refleja este resultado es que de alguna forma la interpretación clínica sugerida para los ítems a nivel teórico, no se corresponde con los datos empíricos obtenidos. Esta idea ya fue expuesta en los estudios comparativos realizados entre otros resultados factoriales en el capítulo anterior. Tal y como se explicaba entonces, la ausencia de consistencia entre los distintos resultados no se limita a una falta de acuerdo en la denominación psicológica de los factores, sino que no se llega siquiera a una pauta consistente en cuanto a las variables que conforman cada factor. Esto lleva a profundizar en la investigación del tema que nos ocupa, en el sentido de que los procesos psicológicos que *realmente* tienen lugar no tiene unos límites tan bien definidos como a priori se hipotetizaba respecto a qué experiencias ocurren bajo estados alterados del área de la memoria, la atención o el sentido de la realidad y la identidad. Sin embargo, es necesaria la réplica de los resultados presentados en este apartado. Este fue el objetivo de la segunda fase de esta investigación.

7.2 Segunda fase: un estudio de réplica en muestra normal

7.2.1. Introducción

En esta segunda investigación se pretendía obtener datos muestrales que permitieran replicar los resultados obtenidos en el primer trabajo. Una vez realizado el análisis exploratorio con muestra patológica y a la vista de los resultados obtenidos

en el análisis factorial, el objetivo en esta segunda fase era centrar la atención respecto a la validez de constructo como garantía fundamental para el uso clínico de la escala. Por ello, en esta fase los análisis se centraron en la pauta de respuesta de muestra normal. La perspectiva teórica de la disociación como rasgo de personalidad justifica esta opción.

7.2.2. Método

Sujetos

Se estudió una muestra normal compuesta por universitarios españoles de las facultades de Psicología (n=134) de la Universidad Autónoma de Madrid (U.A.M.), y de Publicidad y Relaciones Públicas de la Universidad Europea-CEES (Madrid) (n=83) con edades comprendidas entre 18 y 25 años (media = 19.6, d.t.= 1.4) y de ambos sexos (V=88, M=129). Los criterios seguidos para la elección de esta muestra fueron los mismos que en el estudio anterior (accesibilidad, homogeneidad, y representatividad de población no patológica).

Instrumento

Los sujetos cumplieron la D.E.S. con el mismo formato que en la primera fase. (Ver Anexo D).

Procedimiento

Los sujetos cumplieron la escala colectivamente en sus respectivas aulas. Igual que en la fase anterior, los alumnos fueron informados previamente sobre los fines investigadores de este estudio y su participación fue voluntaria.

Análisis de datos

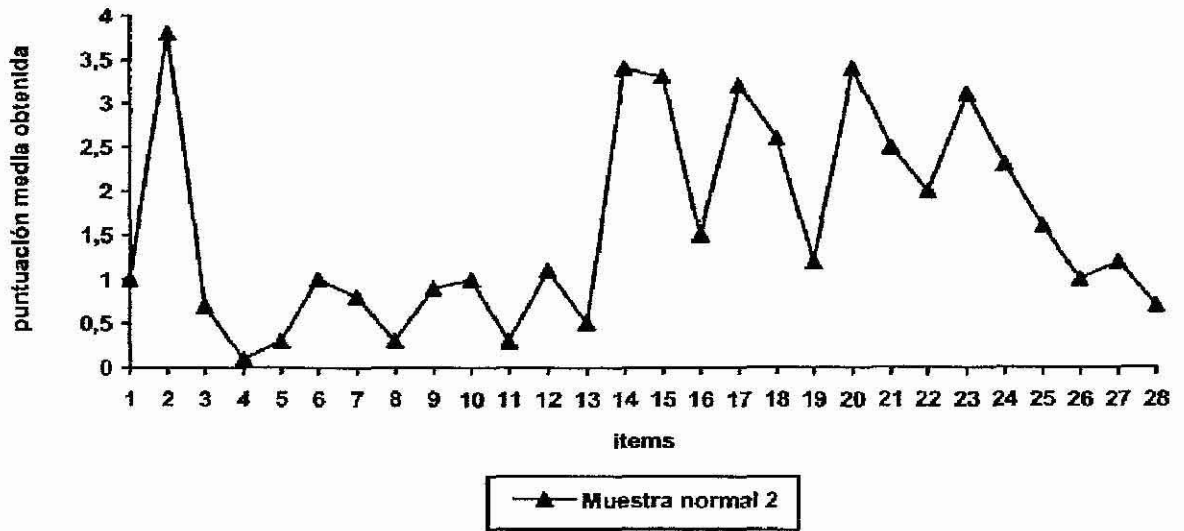
Con los resultados obtenidos se calcularon los mismos análisis que en la fase I:

1. Puntuaciones medias obtenidas por los sujetos en los distintos ítems
2. Perfil de las mismas.
3. Comparación de las puntuaciones obtenidas en función del sexo (*t* de Student).
4. Índices de consistencia interna: correlación de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en cada ítem con la puntuación total obtenida en la escala, test de las dos mitades (Split-half de Guttman) y α de Cronbach (índices de homogeneidad).
5. Análisis factorial de componentes principales (validez de constructo).

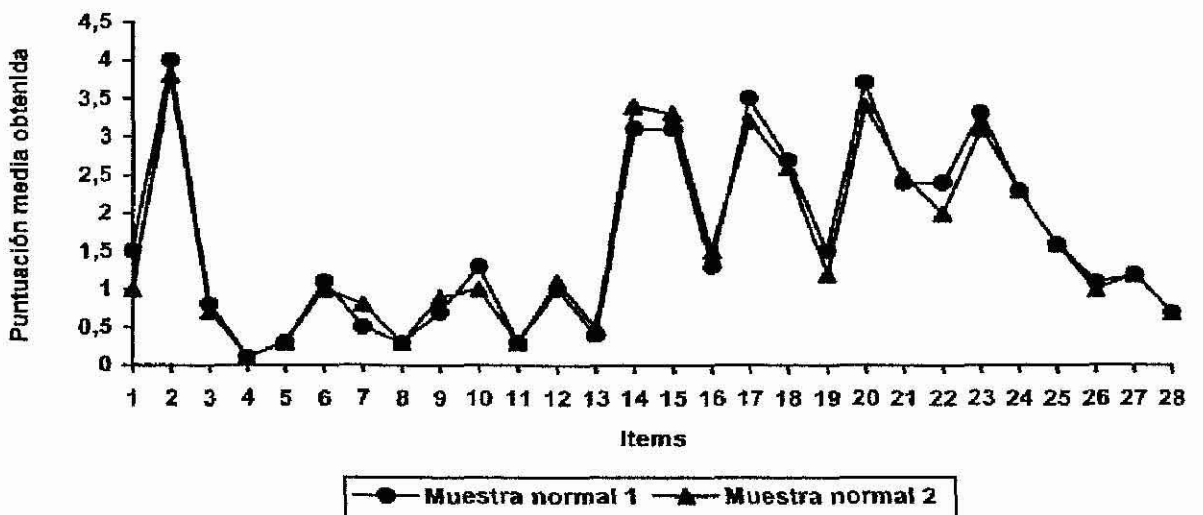
7.2.3. Resultados

La puntuación media obtenida en la D.E.S. por esta segunda muestra fue de 1.3. ($d.t = 1.2$) En esta ocasión tampoco se encontraron diferencias significativas en la puntuaciones obtenidas por sexos (*t* de Student = -1.01 $P = .31$). La pauta de respuesta de los sujetos se presenta en la gráfica 7.3. Este perfil de respuesta es similar al obtenido en el primer estudio, no encontrándose diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas. Esta consistencia de resultados puede observarse claramente en la gráfica 7.4 donde se comparan los datos obtenidos en las dos muestras normales. Como ocurría en el primer estudio, nuevamente se obtiene una

gran dispersión en las puntuaciones obtenidas, reflejada en una desviación típica media de 1.26. Se presentan en la tabla G.1 del Anexo G las puntuaciones medias obtenidas en cada ítem, así como la desviación típica correspondiente a cada uno de ellos.



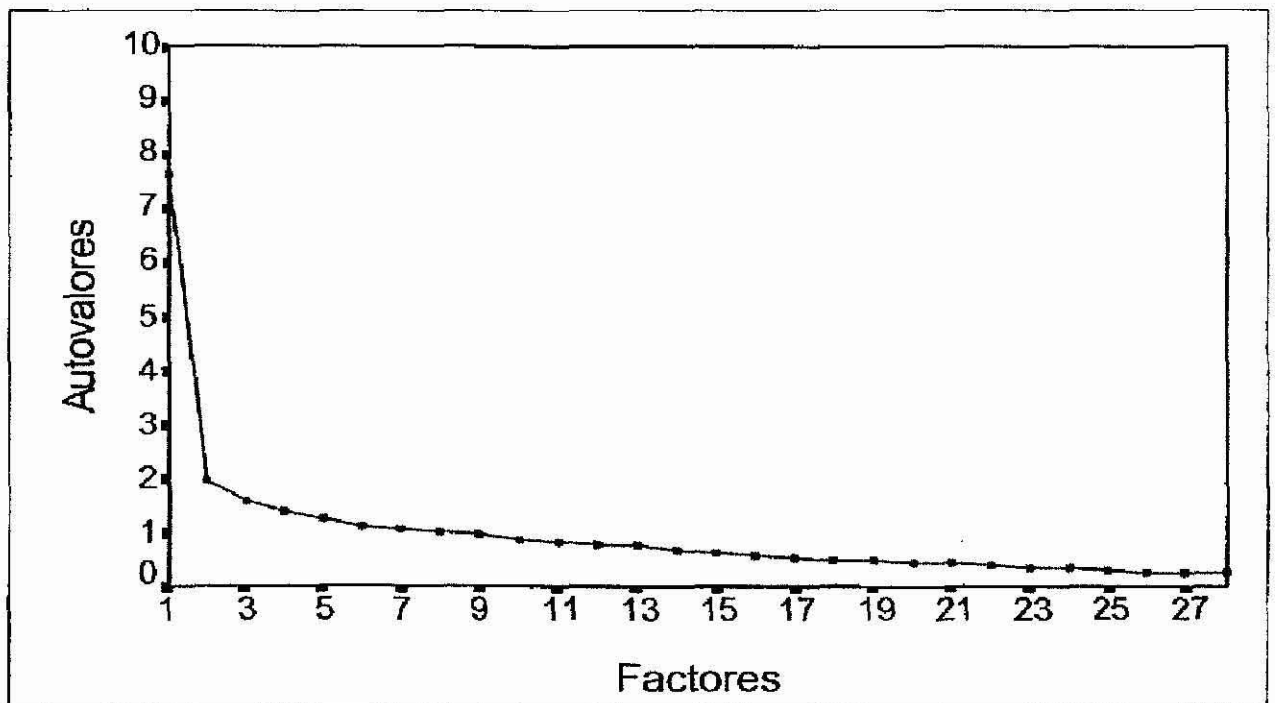
Gráfica 7.3 Patrón de respuesta en la D.E.S. de la segunda muestra normal (n=217)



Gráfica 7.4. Patrones de respuesta comparados entre las muestras normales 1 y 2.

Respecto a la consistencia interna de la escala en este segundo estudio, se replica el grado encontrado anteriormente. El alpha de Cronbach es de .89 ($P < 0.05$) y en el test de las dos mitades (split-half de Guttman) el resultado obtenido es de .82 ($P < 0.05$). Todos los ítems correlacionan significativamente con la puntuación total obtenida. Se presentan estas correlaciones en la tabla G.2 del Anexo G.

En cuanto al análisis factorial, se realizó un estudio de las mismas características que en la fase 1 (análisis de componentes principales, rotación Varimax; criterios de extracción de factores: autovalores mayores que 1 y scree-test; criterio para la inclusión de ítems en un factor: carga factorial igual o superior a .30). La matriz original de correlaciones se presenta en el Anexo I. La solución factorial de este estudio de réplica fue de tres factores, como se muestra en la gráfica 7.5:



Gráfica 7.5. Scree-test del análisis factorial de la muestra nº 2 (n=217)

El porcentaje total de varianza explicada fue de un 40%. Se presenta en la tabla 7.5 la solución original.

Ítem	<i>F I</i>	<i>F II</i>	<i>F III</i>
1. Conduciendo un coche...	.07	.12	-.08
2. Escuchando conversación...	-.01	.27	.12
3. Estar en un lugar...	.13	.04	.09
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...	.59	-.08	.19
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...	.17	-.04	.15
6. Abordados por otros...	.12	.03	.27
7. Verse "desde fuera"...	.52	.23	-.07
8. No reconocer amigos...	.08	.13	.00
9. Sin memoria de acontecimientos...	.40	-.13	.45
10. Acusados de mentir...	.31	.08	.17
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	.72	-.03	.08
12. Personas y objetos no reales...	.70	.24	-.05
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece...	.77	.19	.12
14. Recordar intensamente...	.13	.65	.29
15. Recuerdos...¿reales o soñados?...	.20	.47	.44
16. Lugar familiar-extraño...	.24	.44	.21
17. Mirando T.V...	.10	.70	-.03
18. Vivir fantasía intensamente...	.19	.60	.20
19. Ignorar el dolor...	.00	.20	-.06
20. Mirando al vacío...	.14	.45	.15
21. Hablar en voz alta...	.05	.32	.38
22. Actuar como 2 personas distintas...	.35	.11	.16
23. Hacer cosas espontáneamente...	.09	.32	.11
24. No recordar...	.03	.24	.75
25. Hicieron cosas que no recuerdan10	.09	.68
26. Notas y dibujos...	.12	.06	.34
27. Oír voces...	.45	.20	.28
28. Mundo a través de neblina...	.67	.28	.02
Porcentaje de varianza explicada	27,3	7,1	5,6
Autovalores	7,64	1,97	1,57

Tabla 7.2. Solución factorial original de la segunda normal (n=217)

El Factor I (27,3% de varianza explicada) se compone de los ítems 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 22, 27 y 28. El tipo de experiencias que recogen los ítems de este factor están relacionadas mayoritariamente con fenómenos de despersonalización-desrealización. Así mismo, los ítems de este factor presentan una alta consistencia interna (α de Cronbach =.81).

El Factor II, (7.1 % de la varianza) agrupa los ítems 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 23. La mayoría de los ítems de este factor reflejan experiencias disociativas en el área de la absorción. La consistencia interna de los ítems que forman este factor, igual que en el factor anterior, es de .81 (α de Cronbach).

El Factor III, (5.6 % de la varianza) está compuesto por los ítems 9, 21, 24, 25, y 26. Agrupa ítems con contenido fundamentalmente del área de la memoria. Es el factor menos consistente de los tres aunque en sí mismo tiene una consistencia aceptable (α de Cronbach =.65).

Dado que el objetivo de esta segunda fase era la réplica de resultados, especialmente en las soluciones factoriales, se presenta en la figura 7.2 la comparación entre estos dos análisis. En este caso, debajo de cada factor aparece el resultado factorial de esta segunda muestra. Los símbolos que siguen a los ítems a ambos lados expresan el acuerdo o desacuerdo con el resultado anterior.

A la vista de este resultado, difícilmente puede hablarse de resultados replicados. No se alcanza acuerdo en prácticamente ningún factor, salvo quizá en el

Factor II donde cuatro de los ítems coinciden. De hecho, el coeficiente de congruencia (rc)¹ de cada uno de los factores confirma que las soluciones factoriales son distintas: FI rc=.44; FII rc=.85; FIII rc=.53.

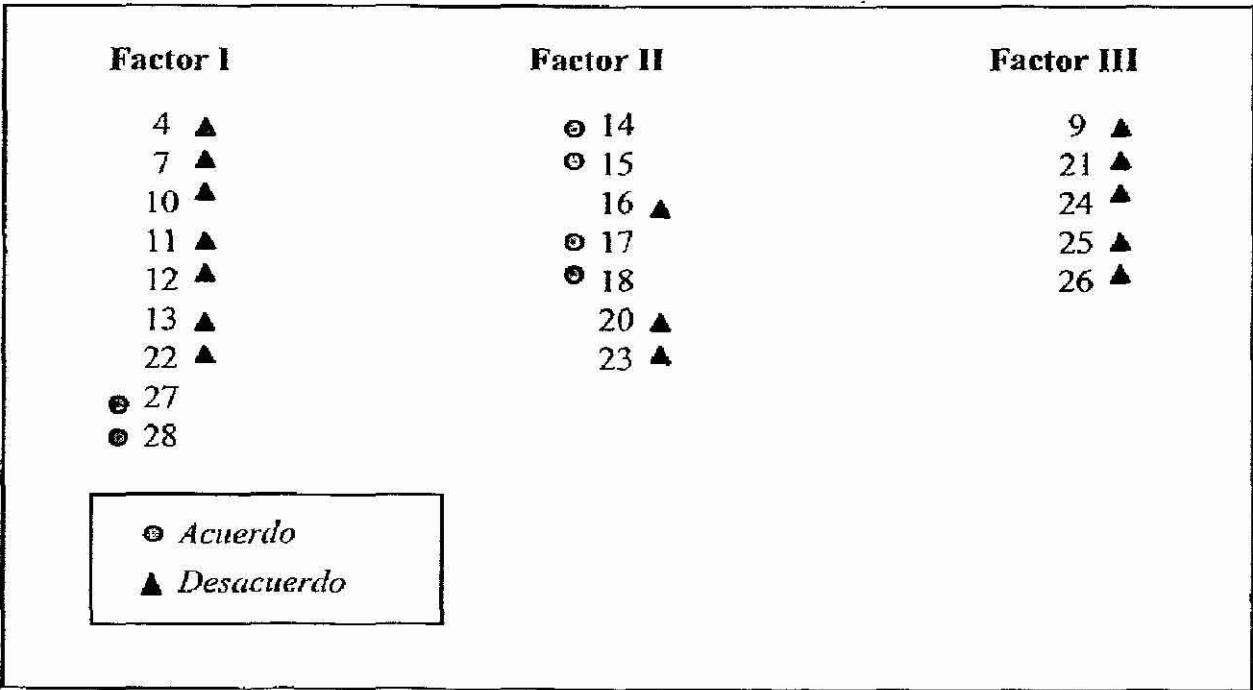


Figura 7.2. Comparación entre los dos resultados factoriales obtenidos con muestra normal española (Fase I y Fase II).

7.2.4. Conclusiones

Centrados en este segundo estudio en la validez de constructo a través del análisis factorial nos encontramos con que, a pesar de que los datos descriptivos parecen replicar los resultados obtenidos en la primera muestra normal, las matrices

¹ El coeficiente de congruencia (rc) se define como el índice de similitud entre dos factores, ocupando un rango de 0 a 1. Se acepta como un buen criterio de similitud un coeficiente de congruencia superior a 0,9. Un valor superior a .95 implica que los factores son prácticamente idénticos. (Jensen, 1998)

Rc = $\frac{\sum X_i Y_i}{\sqrt{\sum X_i^2 \sum Y_i^2}}$

factoriales son de hecho distintas, tal como indican los coeficientes de congruencia obtenidos para los tres factores (FI=.44; FII=.85; FIII=.53). La implicación directa de este dato es que la estructura factorial de la escala no ha sido replicada. Como se mostró en el apartado de resultados, los tres factores obtenidos no comparten los mismos ítems en ambos estudios. Además, aparecen nuevos ítems complejos que apoyan la idea de *ambigüedad* en el contenido de muchos de estos ítems.

Por tanto, la no coincidencia de ítems en la formación de los factores, apoyan la idea de que en realidad, las dimensiones propuestas a priori para describir el constructo disociación (esto es, absorción, despersonalización-desrealización y amnesia) no están bien definidas a través de los ítems elaborados para esta escala. *Al menos no lo están a nivel empírico, que es lo que se trata de comprobar con el análisis factorial.*

El hecho de que en este estudio de réplica si se obtenga homogeneidad de resultados en cuanto a la alta consistencia interna de la escala (alpha de Cronbach, test de las dos mitades y correlación ítem-puntuación total obtenida), no debe llevar a equívocos en cuanto a las conclusiones que cabe hacer. Así, estos datos nos hablan de la *fiabilidad* de la escala, pero no de su *validez*. Ello implica que si bien un instrumento de medida psicológica puede ser fiable (que mide algo bien), esto no implica que sea válido, esto es, *que realmente mida lo que pretende medir* de un modo consistente.

Aunque de alguna manera la fiabilidad y validez de una prueba deben estar relacionadas, puede darse el caso, como en el tema que nos ocupa, en que esto no ocurra. Nos encontramos entonces con que la D.E.S. es una prueba consistente y fiable pero *no para explorar la disociación tal como ha sido definida y descrita a través de los 28 ítems que la forman*. Las implicaciones teóricas y prácticas de esta conclusión se presentan en el capítulo 8.

Capítulo 8

ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS (D.E.S.) ¿UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL? CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.

8.1 Conclusiones

Con este trabajo se ha pretendido poner de manifiesto la relevancia de la disociación como marco conceptual para la descripción y comprensión del mecanismo que subyace a ciertas manifestaciones del psiquismo humano, expuestas a lo largo de esta tesis. Se ha defendido, además, la importancia del trauma psicológico como mecanismo disparador de la fenomenología disociativa en sus aspectos más patológicos. Dentro de las distintas experiencias traumáticas se han puesto de relieve las características peculiares del abuso sexual infantil como forma específica y diferenciadora de trauma. En este sentido, se postula una relación entre la experiencia repetida a edades muy tempranas de este tipo de abuso y la posible aparición de un trastorno de identidad disociativo, tradicionalmente denominado trastorno de personalidad múltiple.

Desde otro punto de vista, las experiencias disociativas han sido descritas como un *continuo* o dimensión que iría desde la normalidad hasta la disociación patológica, siendo este último extremo del continuo, un aspecto que ha estado sujeto a distintos avatares clasificatorios. Se ha hecho un esfuerzo en esta tesis por poner de manifiesto los retos que en los últimos 50 años han caracterizado la descripción y clasificación consensuada de estos trastornos, fundamentalmente a través del análisis comparativos de los dos principales sistemas clasificatorios internacionales, el DSM y la CIE. La encrucijada entre lo psicológico y lo fisiológico ha supuesto que, en ocasiones, los límites descriptivos de los trastornos que en esta tesis se abordan, hayan sido, a veces, difusos. Así, la gran influencia científica y sociológica de diagnósticos clásicos como histeria o esquizofrenia ha supuesto que, en ocasiones, la exploración psicopatológica estuviera dirigida hacia ciertos aspectos de la sintomatología tendentes a la confirmación de estos diagnósticos.

Es posible que sea esta una de las razones por las que la aparición y difusión de un instrumento como la D.E.S. a partir de 1986, crearan una serie de expectativas que rápidamente dieron lugar a un gran número de estudios que pretendían contrastar su fiabilidad y validez. La necesidad de una exploración rápida y objetiva que permitiera el diagnóstico adecuado de los trastornos disociativos, justificaban dichas expectativas y el consiguiente entusiasmo en la comunidad científica.

Quizá esta necesidad hizo que, en ocasiones, algunos estudios dieran por definitivos resultados que no parecían contar con las debidas garantías metodológicas, como la imprescindible réplica de resultados, entre otras. También es cierto que la utilización de la escala fue mucho más allá de lo que pretendían en un principio sus autores. Se recuerda aquí que el objetivo inicial de Bernstein y Putnam era construir un

instrumento para la investigación en el campo de la disociación, no para hacer un diagnóstico diferencial de este tipo de trastornos. Es por eso que llama la atención el que muy pronto se publicaran puntos de corte para el diagnóstico de trastornos disociativos entre 1.5 y 2.5 puntos (en un rango de 0 a 10). En cualquier caso, el hecho de que esta supuesta puntuación de corte sea tan baja, sugiere la hipótesis de que en la escala hay una gran cantidad de información que no parece útil. El salto inferencial entre la validez aparente y la validez empírica de la D.E.S. sigue su propia metodología, tal y como se ha mostrado en el trabajo de validación desarrollado en esta tesis.

El primer objetivo era *saber qué es lo que está explorando la D.E.S.*, esto es, confirmar los datos publicados sobre su validez de constructo: ¿representan adecuadamente los 28 ítems de la escala las dimensiones que caracterizan la disociación? ¿son indicadores válidos de este constructo? Si así fuera, la primera evidencia de este hecho habría sido la replicabilidad de resultados factoriales, esto es, el constructo debería poder representarse consistentemente a través de las distintas dimensiones (factores) encontradas en los diferentes estudios. Dicho de otra forma, se debiera obtener una *invarianza factorial* que confirmase la validez de la estrategia racional y criterial seguida en la construcción de la escala.

Los primeros análisis comparativos realizados en esta tesis sugerían la ausencia de dicha invarianza a través de algunos resultados, como son:

1. Gran heterogeneidad tanto en el orden de los factores extraídos como en la denominación de los mismos. La dimensión representada en un factor, aparece en

distintos factores en otros estudios, llegando alguna de estas dimensiones a aparecer hasta en tres factores distintos.

2. Escaso acuerdo en los ítems que determinan cada factor. Un mismo ítem puede aparecer en distintos estudios dentro de las dimensiones de “amnesia” o “absorción” o “despersonalización-desrealización”, lo que hace reflexionar sobre la escasa definición de las experiencias que deben caracterizar cada uno de estos factores.
3. Complejidad de ciertos ítems que, o bien no cargan en ningún factor, o bien lo hacen en varios a la vez. Este dato sugiere su escasa validez para los fines que se persiguen con la escala en la que figuran.

Los resultados presentados en esta tesis del primer estudio realizado en nuestro país con la D.E.S., también muestran algunas evidencias que permiten cuestionar la idoneidad de esta escala para la exploración de los trastornos disociativos. Si bien son consistentes los datos sobre su fiabilidad, el hecho de que tanto en población normal como en pacientes esquizofrénicos se alcancen los puntos de corte propuestos para un diagnóstico diferencial y, por otra parte, las conclusiones que se derivan del análisis factorial, son aspectos que invitan a la reflexión sobre su validez de constructo. Como se representa en la figura 7.2 no parece que el criterio de invarianza factorial haya sido satisfecho, como demostraron los índices de congruencia calculados.

Ante estas evidencias, cabe mostrar cierta cautela ante las expectativas surgidas sobre la posibilidad de detectar la presencia trastornos disociativos a través de la D.E.S. Ciertamente, persiste la necesidad contar con una forma breve, objetiva y consensuada de explorar la presencia de estos trastornos en un amplio rango de alteraciones psicopatológicas que, en ocasiones, pueden encubrir o distorsionar el mecanismo

disociativo que subyace a determinados síndromes (alcoholismo, depresión, desorden borderline de la personalidad, etc). Es por esto que debe reflexionarse sobre ciertos aspectos para futuros trabajos que permitan el avance de esta importante línea de investigación.

8.2 Perspectivas de futuro

Una posible crítica a los instrumentos como las D.E.S. podría estar basada en la utilización de autoinformes como técnica introspectiva de obtención de información. Esta crítica ha sido liderada desde la psicología conductista más radical (Miguel-Tobal, 1996), aludiendo a cuestiones como la deseabilidad social a la hora de contestar, las tendencias de respuesta o la simulación del sujeto, aunque, en ocasiones, ha sido una crítica más reactiva y teórica que apoyada en evidencias empíricas. Así, Shrauger y Osberg (1981), analizaron en un estudio 45 investigaciones con la finalidad de comparar la exactitud de la información obtenida a través de autoinformes con la obtenida por otros medios. El 80% de dichas investigaciones presentaba resultados favorables a los autoinformes, indicando un mayor rigor y exactitud de la información que la obtenida con otras técnicas, llegando incluso a ser mejores predictores que otros instrumentos.

Aunque es cierto que el informe aportado por la persona puede no ser objetivo, en el sentido de que la información obtenida no puede ser contrastada a través de otros métodos, en cualquier caso es útil siempre que refleje la visión y la interpretación que el sujeto hace de su conducta, de sus sensaciones o de su entorno. Esta distorsión en si misma puede ser de gran importancia para comprender el origen y desarrollo de ciertas

alteraciones psicopatológicas. Es importante destacar que, hoy por hoy, el autoinforme es el único método *directo* de recogida de información sobre experiencias subjetivas como las que definen las alteraciones de tipo disociativo. Como señala Fernández Ballesteros (1992), el autoinforme puede ser considerado el método prioritario por excelencia a la hora de explorar los contenidos mentales del ser humano.

Si se acepta que para el registro de experiencias disociativas es necesario un ejercicio de introspección y análisis de la propia experiencia por parte de las personas que son evaluadas, y que, para ello, el instrumento más adecuado es el autoinforme, ¿qué alternativas existirían en el tipo de datos que se obtienen a través de esta técnica? Dicho de otra forma, ¿podrían recogerse otro tipo de datos cualitativamente diferentes que aportaran una información más ajustada a las necesidades de evaluación? Un buen punto de partida para la reflexión sobre este aspecto, puede ser la clasificación que utiliza J.M. Cattell (1977) a la hora de recoger datos en la investigación de la personalidad. Cattell defiende que los tres pilares básicos de la evaluación psicométrica son los datos *L*, *Q* y *T*.

Los datos *L* (del inglés "life") reflejan calificaciones obtenidas a través del comportamiento real en situaciones de la vida cotidiana. Su objetivo son las conductas que manifiesta la persona, siendo necesaria la observación de éstas para su posterior registro. Algunos de los problemas que presentan este tipo de datos son:

1. Los evaluadores deben observar a los sujetos durante largos periodos de tiempo para una evaluación ajustada.
2. El acto en sí de la observación puede afectar el comportamiento de quien está siendo observado.

3. Se produce el efecto de halo: al obtenerse una puntuación alta en algún aspecto de la evaluación, se tiende a aumentar la calificación en otros.
4. Es difícil alcanzar la fiabilidad interjueces cuando existen varios calificadores.
5. Los calificadores tienden a utilizar las escalas de manera diferente: algunos prefieren las puntuaciones extremas mientras que otros las utilizan muy raramente.

Los datos Q , (del inglés “questionnaire”) son los obtenidos en los inventarios y cuestionarios en los que el sujeto informa sobre sí mismo. Cattell diferencia entre datos Q y datos Q' . Si las respuestas que da la persona correlacionan con su comportamiento real, se denominan datos Q . Si, por el contrario, son introspecciones sin posibilidad de verificación se consideran datos Q' . Estos últimos tendrían menor validez. Como ya se ha apuntado anteriormente, la posibilidad de distorsión deliberada de las respuestas, la deseabilidad social o la aquiescencia (la tendencia a estar de acuerdo con el contenido de los ítems), son algunos de los elementos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de la elaboración de los autoinformes.

Por último, estarían los datos T , procedentes de los tests o pruebas objetivas. El fin de lo que se pretende evaluar en estas pruebas permanece oculto a la persona que contesta, ya que suelen constar de ítems o ejercicios que miden de forma análoga e indirecta la dimensión que se pretende estudiar. Las dificultades del salto inferencial necesario para crear ítems que puedan dar cuenta de experiencias del campo de la disociación son obvias, ya que en este caso, las alteraciones en el área de la atención, la memoria, la identidad del yo o la percepción del entorno, no está claro puedan ser conceptualizadas como un problema de déficit de competencia cognitiva. Dicho de otra forma, es posible que un sujeto tenga una imposibilidad real de recordar determinados

acontecimientos de su vida y, sin embargo, no presente dificultad a la hora de recordar una determinada secuencia de dígitos mostrada durante un tiempo limitado (tarea clásica de memorización que ha sido utilizada habitualmente dentro del campo de la psicología experimental).

Llegados a este punto, cabe preguntarse ¿dónde estaría el problema, a la luz de los resultados encontrados, en los datos recogidos a través de la D.E.S.? Fundamentalmente, se trata de datos Q' , según la terminología de Cattell, y, a pesar de las limitaciones que se han expuesto en este tipo de datos, no parece que los L o los T sean, a priori, más válidos ni más eficaces. Quizás, una posible solución pase por mejorar los mecanismos de control metodológicos en la construcción de nuevos ítems, sin perder el objetivo de que debe tratarse de una escala que permita cierta agilidad y parsimonia a la hora de la recogida de la información. La única forma de garantizar que una escala de experiencias disociativas sea realmente útil, consiste en repetir el procedimiento de validación hasta que las garantías psicométricas se cumplan, sin que esto invalide la estrategia racional y/o criterial en la construcción de instrumentos de medida psicológica. La conjunción con el procedimiento factorial, se presenta como la vía más plausible para confirmar que, empíricamente, las dimensiones que definen el constructo *disociación* se hallan convenientemente representadas en las variables (ítems) que se han elegido.

Obviamente, el campo de investigación presentado en esta tesis no se agota con las conclusiones obtenidas aquí. Más bien al contrario, ratifica la necesidad de continuar con los esfuerzos para llenar el vacío metodológico detectado en la exploración de los trastornos disociativos, dando respuesta así a las necesidades planteadas desde este campo por los responsables de la salud mental y protegiendo a los pacientes de este tipo de

trastornos de que un diagnóstico erróneo pueda dar lugar a una cronificación de esta patología. Es necesario evitar, en la medida de lo posible, el que la detección adecuada del mecanismo disociativo sea una cuestión de conocimiento o interés personal por parte de psicólogos y psiquiatras

El avance del psicodiagnóstico como una ciencia de la exploración psicológica, sólo tendrá lugar si se comparte un corpus teórico y se dispone de una metodología consensuada que cumpla con los requisitos psicométricos necesarios para su implantación generalizada. La consecución de este objetivo, igual que en otras disciplinas de conocimiento, es una cuestión de tiempo. En el tema que se ha abordado en esta tesis, parecería que, tras diferentes retos o avatares teóricos y clasificatorios, este tiempo ya ha comenzado.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1982): *Developmental Psychopathology*. 2ª ed. New York: John Wiley.
- Ahern, G. L., Schwartz, G. E. (1979): Differential lateralization for positive versus negative emotion. *Neuropsychology*, 12, 693-698
- Alexopoulos, G. S. (1979): Lack of complaints in schizophrenics with tardive dyskinesia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 125-127.
- American Psychiatric Association (1952): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-I*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-II*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III* Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Third edition revised) DSM III-R*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Anderson, S. W., Tranel, D. (1989): Awareness of disease states following cerebral infarction, dementia, and head trauma: standardized assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 3, 327-339.
- Andreason, N. C.; Akiskal, H. S. (1983): The specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: a critical re-evaluation. *Psychiatric Clinics of North America*, 6, 41-54.
- Babinski, M. J. (1914): Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (Anosognosie). *Revue Neurologique*, 12, 845-848.
- Barber, T. X. (1969): *Hypnosis: A Cientific Approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T. X. (1979): Suggested ("hypnotic") behaviour: the trance paradigm versus the alternative paradigm. En E. Fromm y R. Shor (Eds.): *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*. New York: Aldine Pub.
- Bateson, G. (1975): Some components of socialization for trance. *Ethos*, 3, 143-155.

- Bear, D. (1983): Hemispheric specialization and the neurology of emotion. *Archives of Neurology*, 40, 195-202.
- Bear, D., Fedio, P. (1977): Quantitative analysis of interictal behavior in temporal epilepsy. *Archives of Neurology*, 34, 454-467.
- Bernstein, E. M., and Putnam, F. W. (1986): Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-734.
- Bernstein, E. M., and Putnam, F. W. (1988): Further validation of the Dissociative Experiences Scale. Presentado en el encuentro anual de la American Psychiatric Association (A.P.A.).
- Bernstein, E., Putnam, F. (1993): An update of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, VI, 16-27.
- Bisiach, E., Meregalli, S., Berti, A. (1985): *Mechanisms of production-control and belief-fixation in human visuospatial processing. Clinical evidence from hemispatial neglect*. Presentado en el 8º Symposium sobre Análisis Cuantitativo de la Conducta. Universidad de Harvard.
- Bisiach, E., Vallar, G., Perani, D, Papagno, C, Berti, A. (1986): Unawareness of disease following lesions of the right hemisphere: anosognosia for hemiplegia and anosognosia for hemianopia. *Neuropsychologia*, 24, 471-482.
- Blank, A.S. (1985): The unconscious flashback to the war in vietnam veterans: clinical mystery, legal defense, and community problem. En S. M. Sonnenberg, A. S. Blank, J. A. Talbott (Eds.): *The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bleichmar, H. (1990): Respuesta al reduccionismo en Psicopatología: un modelo generativo de articulación de componentes. *Actualidad Psicológica*, 170, 114-123.
- Bliss E.L. (1983): Multiple personalities, related disorders and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 114-123.
- Bogen, J. E. (1969): The other side of the brain: an approach. En R. E. Ornstein (Ed.): *The Nature of Human Consciousness*. San Francisco: W.H. Freeman and Company, 1973.
- Bogen, J. E., DeZure, R., TenHouten, W., Marsch, J. (1972): The other side of the brain IV: the A P ratio. *Bulletin of the Los Angeles Neurological Societies*, 37, 49-61.
- Bourgeois, M., Geraud, M. (1990): Eugene Azam (1822-1899): un chirurgien précurseur de la psychopathologie dynamique ("hypnotisme et double conscience"). *Annales Médico-Psychologiques*, 148, 709-717.
- Bowers, K. S. (1976): *Hypnosis for the Seriously Curious*. New York: W. W. Norton & Co.

Brady, J.P., Lind, D.L. (1961): Experimental analysis of hysterical blindness. Operant conditioning techniques. *Archives of General Psychiatry*, 4, 331-340.

Brauer, R., Harrow, M., Tucker, G.J. (1970): Depersonalization phenomena in psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 117, 509-515.

Braun, B. G. (Ed.) (1983): Special issue. *American Journal of Clinical Hypnosis*.

Bryant, R. A., McConkey, K. M. (1989): Visual conversion disorder: a case analysis of the influence of visual information. *Journal of Abnormal Psychology*, 98:3, 326-329.

Bryden, M. P. (1982): *Laterality Functional Asimmetry in the Intact Brain*. New York: Academic Press.

Campbell, S.B. (1986): La psicopatología del niño desde una perspectiva evolutiva. En Ollendick, T. H. y Hersen, M. (Eds.): *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.

Capafons, A., Amigó, S.(1993): *Hipnosis. Terapia de autorregulación e intervención comportamental*. Valencia: Promolibro.

Carpenter, W. T., Strauss, J. S., Muleh, S. (1973): Are there patognomonic symptoms in schizophrenia? *Archives of General Psychiatry*, 37, 847-852.

Caruth, C. (1995): *Trauma: Explorations in Memory*. Londres: John Hopkins University Press.

Cattell, R. B. (1952a): *Factor Analysis*. New York: Harper.

Cattell, R. B. (1990): Advances in cattellian personality theory. En L. Pelvin (Ed.), *Handbook of Personality: Theory and Research*, Nueva York: Guilford Press.

Cattell, R. B., Kline, P. (1977): *El Análisis Científico de la Personalidad y la Motivación*. Madrid: Pirámide.

Ceci, S., Ross, D. y Toglia, M. (1987): Age differences in sugestibility: narrowing the uncertainties. En S. Ceci, M. Toglia y D. Ross (Eds.): *Children's Eyewitness Memory*. New York: Springer-Verlag.

Ceci., S., Toglia, M. y Ross, D. (1990): The suggestibility of preeschooler's recollections: historical perspectives on current problems. En R. Fivush y J. Hudson (Eds.): *Knowing and Remebering in Young Childrens*. New York: Cambridge University Press.

Chédru, F., Geschwind, N. (1972): Disorders of higher cortical functions in acute confusional states. *Cortex*, 8, 395-411.

Christianson, S.A., Nilsson, L.G. (1984): Functional amnesia as induced by a psychological trauma. *Memory and Cognition*, vol. 12:2,142-155.

- Chu, J. A. y Dill, D. L. (1990): Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147:7, 887-892.
- Classen, C.(1995): *Treating Women Molested in Childhood*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Cole, M., Saexinger, H. G., Hard, A. (1968): Anosognosia. Studies using intravenous anesthesia. *Neuropsychologia*, 6, 365-371.
- Colom, R. (1995a): *Psicología de las Diferencias Individuales*. Madrid: Pirámide.
- Colom, R. (1995b): *Tests, Inteligencia y Personalidad*. Madrid: Pirámide.
- Colom, R. (1998): *Psicología de las Diferencias Individuales: Teoría y Práctica*. Madrid: Pirámide
- Comrey, A. L. (1985): *Manual de Análisis Factorial*. Madrid: Cátedra.
- Coons, P. M. (1984): The diferencial diagnosis of multiple personality: a comprehensive review. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 51-57.
- Coons, P. M., Bowman, E., Pellow, T. A. Y Schneider, P. (1989): Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 325-335.
- Coons, P. M. (1990): Commentary: ICD-10 and beyond. *Dissociation*, vol. III, nº4, 216-217.
- Critchley, M. (1949): The problem of awareness or non-awareness of hemianopic field defects. *Transactions of the Ophtalmological Society of U.K.*, 69, 95-109.
- Critchley, M. (1953): *The parietal lobes*. New York: Hafner Publishing Company.
- Cronbach, L.J., Meehl, P.E. (1955): Construct validity in psychological test. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- Cutting, J. (1978): Study of anosognosia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 41, 548-555.
- Davidson, R. J., Fox, N. A. (1982): Assymmetrical brain activity discriminetes between positive versus negative affective stimuli in human infants. *Science*, 218, 1235-1237.
- De Bonis, M., Charlot, V., Hardy, P., Féline, A. (1988): Identité personnelle et personnalité multiple. *Annales Médico-Psychologiques*, 146, 593-607.
- Denny-Brown, D., Banker, B. Q. (1954): Amorphosyntesis from left parietal lesion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 71, 302-313.

Denny-Brown, D., Meyer, J. S., Horenstein, S (1952): The significance of perceptual rivalry resulting from parietal lesion. *Brain*, 75, 433-471.

Diges, M., Alonso-Quecuty, M.L. (1993): *Psicología Forense Experimental*. Valencia: Promolibro.

Dixon, J.C. (1963): Depersonalization phenomena in a sample population of college student. *British Journal of Psychiatry*, 109, 371-375.

Draijer, N., Boon, S. (1993): The validation of the Dissociative Experiences Scale against the criterion of the SCID-D, using Receiver Operating Characteristics (ROC) analysis. *Dissociation*, VI, 28-37.

Drake, M.E. (1993): Conversion hysteria and dominant hemisphere lesions. *Psychosomatics*, 34:6, 524-530.

Dunn, J.C., Kirsner, K. (1988): Discovering functionally independent mental processes: the principle of reversed association. *Psychological Review*, 95:1, 91-101.

Eich, E. (1984): Memory of unattended events: remembering with and without awareness. *Memory and Cognition*, 12:2, 105-111.

Engel, G.L. (1968): A reconsideration of the role of conversion in somatic disease. *Comp. Psychiatry*, 9, 316.

Ensink, B. J., van Otterloo (1989): A validation study of the DES in the Netherlands. *Dissociation*, II, 221-222.

Eysenck, H. J. (1976): *Sexo y Personalidad*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Eysenck, H. J., Eysenck, M. (1985): *Personalidad y Diferencias Individuales*. Madrid: Pirámide.

Fahy, T. A. (1988): The diagnosis of multiple personality disorder: a critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-808.

Fahy, T. A., Abas, M., Brown, J.C. (1989): Multiple personality: a symptom of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 154, 99-101.

Fernández Ballesteros, R. (1992): Los autoinformes. En R. Fernández Ballesteros (Ed.): *Introducción a la Evaluación Psicológica I*. Madrid: Pirámide

Fink, D., Golinkoff, M. (1990): MPD, Borderline Personality Disorder and Schizophrenia: a comparative study of clinical features. *Dissociation*, III:3, 127-134.

Finkelhor, D. (1980): *Abuso Sexual al Menor*. México: Pax México.

Flor-Henry, P. (1969): Psychosis and temporal lobe epilepsy: a controlled investigation. *Epilepsia*, 10, 363-395.

- Forteza, J.A. y Prieto, J.M. (1981): Hacia una estructuración teórica de la Psicología Diferencial. *Estudios de Psicología*, 4, 68-75.
- Frankel F. H., Orne, M. T. (1976): Hypnotizability and phobic behavior. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1259-1261.
- Frederiks, J. A. M. (1969): Disorders of the body schema. En P. J. Vinken y G. W. Bruyn (Eds.): *Handbook of Clinical Neurology* (vol. 4). Amsterdam: North-Holland Publishing Co.
- Frederiks, J. A. M. (1985a): Disorders of the body schema. En J. A. M. Frederiks (Ed.): *Handbook of Clinical Neurology* (vol. 1). Amsterdam: Elsevier.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Schwartz, D. R., Lewis, J., Schaeffer, D., Westergaard, C. and Pasquotto, J. (1991): Construct validity of the Dissociative Experiences Scale (DES): the relationship between the DES and others self-report measures of DES. *Dissociation*, IV, 185-188.
- Galaburda, A. M., LeMay, H., Kemper, T. (1978): Right-left asymmetries in the brain. *Science*, 199, 852-856.
- Galin, D. (1974): Implications for psychiatry of left and right cerebral especialization. *Archives of General Psychiatry*, 31, 572-583.
- Galin, D., Diamond, R., Graff, D. (1977): Lateralization of conversion symptoms: more frequent on the left. *American Journal of Psychiatry*, 134, 578-580.
- Gazzaniga, M. S., Bogen, J. E., Sperry, R. W. (1965): Observations on visual perception after disconnection of the cerebral hemispheres in man. *Brain*, 88, 221-236.
- Gazzaniga, M. S. (1967): The split brain in man. *Scientific American*, (August) 24-29.
- Gazzaniga, M. S. (1970): *The Bisected Brain*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Gazzaniga, M. S., Risse, G. L., Springer, S. P. y col. (1975): Psychologic and neurologic consequences of partial and complete cerebral commissurotomy. *Neurology*, 25, 10-15.
- Gazzaniga, M. S., Ledoux, J. E., Wilson, D. H. (1977): Language, praxis and the right hemisphere: clues to some mechanisms of consciousness. *Neurology*, 27, 1144-1147.
- Gazzaniga, M. S. (1988): Organization of the human brain. *Science*, 245, 947-952.
- Gazzaniga, M. S. (1992): *Nature's mind: The Biological Roots of Thinking, Emotions, Sexuality, Language and Intelligence*. New York: Basic Books
- Gelinas D. J. (1984): The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, 46, 312-332.

- Gerstmann, J. (1942): Problems of imperception of disease or impaired body territories with organic lesions. Relation to body scheme and its disorders. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 48, 890-913.
- Geschwind, N. (1965): Disconnection syndromes in animals and man. *Brain*, 88, 237-294 y 585-644.
- Goettman, C., Greaves, G. B. y Coons, P. M. (1991): *Multiple Personality and Dissociation, 1791-1990: A Complete Bibliography*. Comunicación personal.
- Golding, J. M., Smith, R., Kashner, M. (1991): Does somatization disorder occur in men? *Archives of General Psychiatry*, 48, 231-235.
- Goldstein, K. (1939): *The Organism*. New York: American Book Company.
- Goldstein, K. (1942): *Aftereffects of Brain Injuries in War*. New York: Grune y Stratton.
- Goodyear, I. (1981): Hysterical conversion reactions in childhood. *Journal of Childhood Psychological Psychiatry*, 22, 179-188.
- Grimm, B. H., Bleiberg, J. (1986): Psychological rehabilitation in traumatic brain injury. En S. B. Filskov y T. J. Boll (Eds.): *Handbook of Clinical Neuropsychology* (vol. 2). New York: Wiley.
- Grosz, H. J., Zimmerman, J. (1965): Experimental analysis of hysterical blindness. A follow-up report and new experimental data. *Archives of General Psychiatry*, 13, 255-260.
- Guthrie, T. C., Grossman, E. M. (1952): A study of the syndromes of denial. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 68, 362-371.
- Harrower, M. R., Kraus, J. (1951): Psychological studies on patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 66, 44-57.
- Hécaen, H. (1962): Clinical symptomatology in right and left hemisphere lesions. En Mountcastle, V. B. (Ed.): *Interhemispheric Relations and Cerebral Dominance*. Baltimore: John Hopkins
- Herman, J. L., Perry, C. J., van der Kolk, B. A. (1989): Childhood trauma in multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatric*, 146, 190-195
- Hideshi Shoda (1993): Splitting phenomena from a viewpoint of experiencing time: spectrum from Multiple Personality and Hysteria to Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 26, 240-254.
- Hilgard, E. R. (1965): *Hypnotic Susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E. R. (1975): Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 26, 19-44.



Hilgard, E. R. (1986): *Divided Consciousness. Multiple Controls in Human Thought and Action*. New York: John Wiley and sons Inc.

Hollender, M. H. (1972): Conversion Hysteria. A post-freudian reinterpretation of 19th century psychosocial data. *Archives of General Psychiatry*, 26, 311-314.

Hoppe, K. D. (1977): Split brains and psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 46, 220-224.

Horton, P. C. (1976): Personality disorder and parietal lobe dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 133, 782-785.

Icarán, E. M., Colom, R., Orengo-García, F. (1996): Experiencias diaociativas: una escala de medida. *Anuario de psicología*, 70 (3).

Icarán, E. M., orengo-García, F. (1996): Estudio de validación de la Escala de Experiencias Disociativas con muestra de población española. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, vol. 24 n°1.

Janet, P. (1925): *Psychological Healing* (2 vol.). New York: MacMillan. Reimpresión: Arno Press, New York, 1976.

Juan Espinosa, M. de (1997): *Geografía de la Inteligencia*. Madrid: Pirámide.

Kihlstrom, J. F. (1985): Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.

Kline, P. (1994): *An Easy Guide to Factor Analysis*. Londres: Rowledge.

Kluft, R. P. (Ed.) (1985): *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P. (1987): First rank symptoms as diagnostic clues to multiple personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 144, 293-298.

Kluft, R. P., Steinberg, M., Spitzer, R. L. (1988): DSM-III-R revision in the Dissociative Disorders: an exploration of their derivation and rationale. *Dissociation*, 1, 39-46.

Kluft, R. P. (1991): Multiple Personality Disorder. En Tasman, A. y Goldfinger, S. (Eds.) *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 10, 161-188. Washington DC: American Psychiatric Press.

Koheler, P. J., Endzt, L. J., Te Velde, J., Hekster, R. E. M. (1986): Aware or non aware. On the significance of awareness for the localization of the lesion responsible for homonymous hemianopia. *Journal of the Neurological Sciences*, 75, 255-262.

Laplanche, J y Pontalis, J.B. (1993): *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

- Lemos, S. (1995): Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En Belloch, A., Sandín, B. Y Ramos, S (Eds.): *Manual de Psicopatología*. Vol. I. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A..
- Levy, J., Trevarthen, C., Sperry, R. W. (1972): Perception of bilateral chimeric figures following hemispheric disconnection. *Brain*, 95, 61-78.
- Levy, R., Jankovic, C. (1993): Placebo-induced conversion reaction: a neurobehavioral and EEG study of hysterical aphasia, seizure and coma. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 243-249.
- Ley, R. G., Bryden, M. P. (1981): Consciousness, emotion and the right hemisphere. En G. Underwood y R. Stevens (Eds.): *Aspects of Consciousness*. Londres: Academic Press.
- Libbrecht, K. (1995): *Hysterical Psychosis. A Historical Survey*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Lisón Tolosana, C. (1990): *Endemoniados en Galicia Hoy*. Madrid: Akal Universitaria.
- López, F. (1992): *Abusos Sexuales de Menores*. Madrid: Dirección General de Protección Jurídica del Menor.
- Mace, C. J. (1992): Histerical Conversion: a history and a critique. *British Journal of Psychiatry*, 161, 369-377.
- Malarewicz, J. A. (1990): Multiple personality disorder in french-speaking countries. En B. G. Braun y E. B. Carlson (Eds.): *Dissociative Disorders 1990: Proceeding of the 7th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States*. Chicago: Rush.
- Martin, R. L. (1992): DSM-IV in progress. Diagnostic issues for conversion disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 8, 771-773.
- Martínez-Taboas, A. (1995): The use of the Dissociative Experiences Scale in Puerto Rico. *Dissociation*, VIII, 14-18.
- Mayeux, R., Alexander, M. P., Benson, F., Brandt, J., Rosen, J. (1979): Poriomania. *Neurology*, 29, 1616-1619.
- McGlynn, S. M. y Schacter, D. L. (1989): Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2:2, 143-205.
- McIntyre, M., Pritchard, P. B., Lombroso, C. T. (1976): Left and right lobe temporal epileptics: a controlled investigation of some psychological differences. *Epilepsia*, 17, 377-386.

- Merskey, H., y Spear, F. G. (1967): *Pain: Psychological and Psychiatric Aspects*. Londres: Ballière, Tindall y Cassell.
- Mesulam, M. M., Waxman, S. G., Geschwind, N., Sabin, T. D. (1976): Acute confusional states with right middle cerebral artery infarctions. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 39, 84-89.
- Micale, M.S. (1995): *Approaching Hysteria disease and its interpretations*. Princeton University Press (Eds.): Princeton New Jersey.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996): Cuestionarios, Inventarios y Escalas. En F. Labrador (Ed.): *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Milbert, F. (1991): Le dédoublement délirants. *Psychologie Médicale*, 23, 371-374.
- Miller, L. (1993): *Freud's Brain. Neuropsychodynamic Foundations of Psychoanalysis*. New York, Londres: The Guilford Press.
- Millon, T. (1991): Classification in psychopathology: rationale, alternatives and standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261.
- Moldofsky, H., England, R.S. (1975): Facilitation of somatosensory average-evoked potentials in hysterical anesthesia and pain. *Archives of General Psychiatry*, 32, 193-197.
- Morey, L.C. (1991): Classification of mental disorder as a collection of hypothetical constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 100:3, 289-293.
- Myslobodsky, M. S. (1986): Anosognosia in tardive dyskinesia: a symptom of "tardive dementia" or "tardive dementia"? *Schizophrenia Bulletin*, 12, 1-6.
- Myslobodsky, M. S., Tomer, R., Holden, T., Kempler, S., Sigal, M. (1985): Cognitive impairment in patients with tardive dyskinesia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 156-160.
- Nauta, W. J. H. (1971): The problem of the frontal lobe: a reinterpretation. *Psychiatric Research*, 8, 167-187.
- Nool, R. (1985): Mental imagery cultivation as a cultural phenomenon: the role of vision in chamanism. *Current Anthropology*, 26, 443-461.
- Organización Mundial de la Salud (1992): *CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento*.
- Orengo García, F. (1990): The concept of dissociation and conversion in the new edition of the international classification of diseases (ICD-10). *Dissociation*, III, 204-208.
- Orengo García, F. (1991): Trastorno de personalidad múltiple, borderline y esquizofrenia. *Psiquis*, 12, 11-20.

- Orengo García, F. (1993a): Psicofisiología y clínica históricas. *Archivos de Neurobiología*, 56, 144-151.
- Orengo García, F (1993b): Trastornos de Conversión: un conflicto nosológico entre neurología y psiquiatría. *Psiquis*, 14:2, 49-60.
- Orengo García, F (1994a): Trastornos Disociativos, "Síndrome de la falsa memoria" y abuso sexual infantil. *Archivos de Neurobiología*, 58:2, 97-107.
- Orengo García, F. (1994b): Consecuencias psicopatológicas del maltrato y abuso infantil: sobre la génesis del trastorno de personalidad múltiple. *Psiquis*, 15:2, 43-49.
- Orengo García, F., Icarán, E. (1997): Diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos. En de Juan Espinosa, M., Colom, R. Y Quiroga, M^a A. (Eds.): *La práctica de la Psicología Diferencial en Educación, Clínica y Deporte*. Madrid: Pirámide.
- Orne, M. T. (1958): The nature of hypnosis: artefact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1, 277-299.
- Orne, M. T. y Hilgard, E. R. (Eds.) (1984): Special monograph issue. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32:2.
- Orne, M. T. (1970): Hypnosis. Motivation and the ecological validity of the psychological experiments. En W. J. Arnold y M.M. Page (Eds.): *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ornstein, R. (1972): *The Psychology of Consciousness*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Pelechano, V. (1988): *Del Psicodiagnóstico Clásico al Análisis Ecopsicológico. Vol. I: Conceptos Básicos*. Valencia: Alfapplus.
- Pelechano, V. (1988): *Del Psicodiagnóstico Clásico al Análisis Ecopsicológico. Vol.II: El Acercamiento Psicométrico Tradicional*. Valencia: Alfapplus.
- Pelicier, Y. (1992): El estrés psicosocial y sus consecuencias. En Enrique Echeburúa (Ed.): *Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Perry, N. (1993): F.M.S. Conference (Letter to the Editor). *ISSMP & D News*, 11:5.
- Pettinati, H. M., Horne, R. L., Staats, J. M. (1985): Hypnotizability in patients with Anorexia Nerviosa and Bulimia. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1014-1016.
- Pettinati, H.M., Kogan, L.G., Evans, F.J., Wade, J.H., Horne, L.R., Staats, J.M. (1990): Hypnotizability of psychiatric inpatients according to two different scales. *American Journal of Psychiatry*, 147:1, 69-75.

Peyser, J. M., Poser, C. M. (1986): Neuropsychological correlates of multiple sclerosis. En S. B. Filskov y T. J. Boll (Eds.): *Handbook of Clinical Neuropsychology* (vol. 2) New York: Wiley.

Poveda de Agustín, J. M., (1997): *Enciclopedia: Chamanismo, el arte natural de curar*. Madrid: Temas de Hoy.

Putnam, F. W. (1985): Dissociation as a response to extreme trauma. En R. P. Kluft (Ed.): *The Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington DC: American Psuchiatic Press.

Putnam F. W., Guroff, J.J., Silberman, E. K. (1986): The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-287.

Putnam, F.W. (1989): Pierre Janet and modern views of Dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2:4, 413-429.

Rosenbaum, M. (1980): The role of the term schizofrenia in the decline of the diagnoses of multiple personality. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1383-1385.

Rosenthal, M. (1983): Behavioural sequelae. En M Rosenthal, E. R. Griffith, M. R. Bond, J. D. Miller (Eds.): *Rehabilitation of the Head Injured Adult*. Philadelphia: F. A. Davis Co.

Ross, E. (1981): The aprosodies: functional-anatomical organization of the affective component of language in the right hemisphere. *Archives of Neurology*, 38: 561-569.

Ross, C. A. (1990): Comment on Garcia's "The concept of dissociation and conversion in the new ICD-10". *Dissociation*, vol. III, n° 4, 211-213.

Ross, C. A., Joshi, Sh., Currie, R. (1991): Dissociative experiences in the general population: a factor analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 297-301.

Royce, J. y Powell, A. (1981): Teoría multifactorial sistémica: exposición sucinta. *Estudios de Psicología*, 4, 76-127.

Royce, J y Powell, A. (1983): *Theory of Personality and Individual Differences: Factors, Systems and Processes*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.

Sandifer, P. H. (1946): Anosognosia and disorder of body scheme. *Brain*, 69, 122-136.

Sarbin, T. R., Coe, W. C. (1972): *Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication*. New York: Holt, Rinchart y Winston.

Shrauger, J. S., Osberg, T.M. (1981): The relative accuracy of self-predictions and judgements by others in psychological assessment. *Psychological Bulletin*, 90, 2, 322-351

- Schiffer, I. (1961): The Psycho-analytic study of the development of a conversion symptom. Tercer Congreso Mundial de Psiquiatría. Montreal, Canadá.
- Schneider, K. (1959): *Clinical psychopathology* (5th Edition). NewYork: Greene & Stratton.
- Schwartz, G., Ahern, G., Brown, S. (1979): Lateralized facial muscle response to positive and negative emotional stimuli. *Psychophysiology*, 16, 561-571.
- Sigman, M. (1985): *Children with Emotional Disorders and Developmental Disabilities. Assesment and Treatment*. NewYork: Grune and Stratton.
- Sperry, R. W. (1968): Hemisphere deconnection and unity in conscious awareness. *American Psychologist*, 23, 723-733.
- Sperry, R. W. (1972): Lateral specialization of cerebral function in the surgically separated hemispheres. En McGuigan, F. J. y Schoonover, R. A. (Eds.): *The Psychophysiology of Thinking*. NewYork: Academic Press.
- Spiegel, H., Spiegel, D. (1775): *Trance and Treatment. Clinical Uses of Hypnosis*. Washington: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D. (1990): Dissociating dissociation: a commentary on Dr. Garcia's article. *Dissociation*, vol. III, n°4. 214-215.
- Spiegel, D., Cardaña, E. (1991): Disintgrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100:3, 366-378.
- Spiegel, D. (1994): *Dissociation. Culture, Mind and Body*. Washington: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D. (1993): *Dissociative Disorders: A Clinical Review*. Lutherville: The Sidran Press.
- Springer, S. P., y Deutsch, G. (1981): *Left Brain, Right Brain*. San Francisco. W. H. Freeman and Company
- Steinberg, M., Rounsaville, B., and Cicchetti, D.V.(1990): The structured clinical interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: Preliminary Report on a New Diagnostic Instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147:1, 76-82.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., Cicchetti, D. (1991): Detection of Dissociative Disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1050-1054.
- Steller, M. (1992): Children as witnesses in sexual abuse cases: investigative interview and assesment techniques. En H. Dent y R. Flin (Eds.) : *Childrens as Witnesses*. New York: Wiley.

- Stern, D. B. (1977): Handedness and the lateral distribution of conversion reactions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2, 122-128.
- Stuss, D. T., Benson, D. F. (1986): *The frontal Lobes*. NewYork: Raven Press.
- Summit, R.C. (1983): The child abuse accomodation syndrome. *Child Abuse neglect*, 7, 177-193.
- Surridge, D. (1965): An investigation into some psychiatric aspects on multiple sclerosis. *British Journal of Psychiatry*, 115, 749-764.
- TenHouten, W. (1980): Social dominance and cerebral hemisphericity: discriminating race, socioeconomic status, and sex groups by performance on two lateralized tests. *International Journal of Neuroscience*, 10, 37-43.
- Terr, L. C. (1991): Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148:1, 10-19.
- Tucker, D., Stenshe, C., Roth, R., Shearer, S. (1981): Right hemisphere activation and right hemisphere performance decrement during a depressed mood. *Archives of General Psychiatry*, 38, 947-950.
- Ullman, M. (1962): *Behavioural changes in patients following strokes*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O. (1989): Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146:12, 1530-1540.
- Van der Hart,O., Friedman, B. (1989): A reader's guide to Pierre Janet on Dissociation: a neglected intellectual heritage. *Dissociation*, II: 1, 3-16.
- Van der Hart, O. (1993): Multiple personality disorders in Europe: impressions. *Dissociation*, VI:2/3, 102-118.
- Vázquez Mezquita, B. (1995): *Agresión Sexual. Evaluación y Tratamiento en Menores*. España-México: Siglo XXI.
- Vela Bueno, A., Oliván Palacios, J. (1980): Especialización hemisférica y psicopatología (I). *Psiquis*, 6, 176-181.
- Vela Bueno, A., Oliván Palacios, J. (1981): Especialización hemisférica y psicopatología (II). *Psiquis*, 2, 161-168.
- Vela Bueno, A., Oliván Palacios, J. (1983): Especialización hemisférica y psicopatología (III). *Psiquis*, 6, 9-26..
- Vingiano, W. (1988): Hemisphericity and Personality. *International Neuroscience* 44, 263-274.

Wagstaff, G. F. (1991): Compliance, belief, and semantic in hypnosis: a nonstate sociocognitive perspective. En S. J. Lynn y J. Rhue (Eds.): *Theories of hypnosis: Current Models and Perspectives*. New York: Guilford Press.

Weinstein, E. A., Cole, M. (1963): Concepts of anosognosia. En L. Halpern (Ed.): *Problems of Dynamic Neurology: Functions of the Human Nervious System*. Jerusalem: Jerusalem Post Press.

Weinstein, E. A. y Kahn, R. L. (1955): *Denial of Illness: Symbolic and Physiological Aspects*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

World Health Organization (1948): *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (6.^a ed.). Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (1955): *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (7.^a ed.). Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (1967): *International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (8.^a ed.). Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization (1978): *Mental Disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Clasification of Diseases*. Ginebra: World Health Organization.

Young, W. C. (1990): Comments on Dr. Garcia's article. *Dissociation*, vol. III, n^o4. 209-210.

Ziegler, F.J., Imboden, J.B., Meyer, E. (1960): Contemporary conversion reactions: a clinical study. *American Journal of Psychiatry*, 116, 901-910.

ANEXO A

Versión original del Hemisphericity Questionnaire (HQ)
W. Vingiano (1985)

Name _____ Sex: _____ Age: _____ Date: _____

Handedness: Right _____ Left _____ Ambidextrous _____

Is any member of your family left handed? (Please, consider siblings, parents, your parents siblings and your parent's parents only. Do not include cousins or other relatives not directly in your bloodline)

Yes _____ No _____ (If yes, who is it? _____).

INSTRUCTIONS: This questionnaire contains 16 pairs of statements. For each item, read the two statements and decide which of them is most true of you. For some items, you may feel that both describe you equally well, or that neither describe you precisely. If this occurs, please review your behaviour or feelings carefully and select only one item. Place the letter corresponding to the statement you have selected in the space provided.

Select
A or B

1. a. I think people would learn a lot from the story of my life. _____
 b. I have had periods of weeks or months when I could not get going.
2. a. I tend to get bogged down with details at times. _____
 b. I am very spiritual in my own way.
3. a. I have a habit of counting things or memorizing numbers. _____
 b. My table manners are just as good at home as when I am out in company.

4. a. I can never forgive myself for some of the things I have done. _____
 b. My religious beliefs have undergone major changes.

5. a. I interpret things more deeply than most people _____
 b. When I think of some of the things people have done to me,
 it makes me absolutely furious

6. a. I am sure there is some significant meaning behind my suffering _____
 b. I am more sensitive to distraction than most people

7. a. At elections, I never vote for people about whom I know
 very little _____
 b. If thing are not just right it upsets me

8. a. Almost everything triggers some emotional reactions in me _____
 b. I spend a lot of time thinking about the origins of the world
 and life

9. a. I like just about everyone I know _____
 b. When I get angry I often explode

10. a. There is too much foolishness in the world these days _____
 b. Emotions control my life

11. a. People should think about the point of many jokes more carefully instead of just laughing at them _____
- b. When I accidentally hurt someone's feelings, I cannot forgive myself for a long time.
12. a. Sometimes I keep on at a thing so long that others lose their patience with me _____
- b. Religion and God are more personal experiences for me than for most people
13. a. I have more of a feeling than most people for the order and purpose of life _____
- b. My emotions have been so powerful that they have caused trouble.
14. a. Sometimes my mind gets stuck of one idea so that I cannot make a decision or do anything _____
- b. I am just now beginning to understand the deeper meaning of nature of this world
15. a. I believe that we each have a special purpose in a grand design _____
- b. For me, feelings very often take the place of thinking
16. a. Holy books really seem to have special meanings which can be learned through study _____
- b. I have big shifts in mood: from very sad to happy

ANEXO B

Cuestionario de Hemisfericidad

W. Vingiano (1985)

Traducción al castellano: Francisco Orengo García y Eva Mª Icarán Francisco

Nombre _____ Sexo: _____ Edad _____

Preferencia manual: Derecha _____ Izquierda _____ Ambidiestro _____

Hay algún miembro de su familia que sea zurdo? (Por favor, considere sólo hermanos, padres, tíos y abuelos). Si _____ No _____
(Si hay alguno, especifique su parentesco _____).

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene 16 pares de afirmaciones. Para contestar a cada ítem, lea las dos afirmaciones y decida con cuál de ellas se siente más identificado. En algunos ítems usted puede pensar que las dos afirmaciones le describen igualmente bien o que por el contrario, ninguna de ellas le describen de manera precisa. Si esto ocurriera, por favor, reflexione brevemente sobre sus sentimientos o su forma de comportarse y seleccione sólo una de ellas. Ponga la letra correspondiente a la afirmación elegida en el espacio reservado para ello al final de cada ítem.

Elija
A o B

1. a. Creo que la gente aprendería mucho de la historia de mi vida.

b. He tenido períodos de semanas o meses en mi vida en los que no he tenido ánimos para nada

2. a. A veces tiendo a quedarme atascado en detalles.

b. A mi manera, soy una persona muy espiritual.

3. a. Tengo el hábito de contar cosas o memorizar números. _____

 b. Mis modales en la mesa son tan buenos cuando estoy en casa como cuando estoy fuera en compañía de otros.

4. a. Nunca podré perdonarme algunas cosas que he hecho. _____

 b. Mis creencias religiosas han experimentado grandes cambios.

5. a. Interpreto las cosas de forma más profunda que la mayoría de la gente. _____

 b. Cuando pienso en algunas cosas que la gente me ha hecho me pongo completamente furioso.

6. a. Estoy seguro que mi sufrimiento tiene un sentido importante. _____

 b. Soy más sensible a las distracciones que la mayoría de la gente.

7. a. En elecciones nunca voto por candidatos a los que conozco muy poco. _____

 b. Me fastidia que las cosas no estén bien.

8. a. Casi todas las cosas me provocan alguna reacción emocional. _____

 b. Paso un montón de tiempo pensando en el origen del mundo y de la vida.

9. a. Me gustan casi todas las personas que conozco. _____

 b. A menudo exploto cuando me enfado.

10. a. Hay mucha insensatez en el mundo de hoy. _____
- b. Las emociones controlan mi vida.
11. a. La gente debería pensar más cuidadosamente en el sentido de muchos chistes en vez de simplemente reírse de ellos. _____
- b. Cuando accidentalmente hiero los sentimientos de alguien, no puedo perdonármelo durante mucho tiempo.
12. a. Algunas veces me detengo tanto en una determinada cosa que los demás suelen perder su paciencia conmigo. _____
- b. La Religión y Dios son experiencias más personales para mí que para la mayoría de la gente.
13. a. Me doy más cuenta del orden y del sentido de la vida que la mayoría de la gente. _____
- b. Mis emociones han sido tan fuertes que han causado problemas.
14. a. Algunas veces mi mente se aferra tanto a una idea que no puedo tomar una decisión ni hacer nada. _____
- b. Ahora estoy empezando a entender el significado profundo del sentido de este mundo.
15. a. Yo creo que cada uno de nosotros tiene un propósito especial dentro de un gran plan. _____
- b. Para mí, a menudo el corazón ocupa el lugar de la razón.
16. a. Los Libros Sagrados realmente parecen tener significados especiales que se pueden aprender a través de su estudio. _____
- b. Tengo grandes cambios de humor: de muy triste a muy feliz

ANEXO C

Versión original de la Escala de Experiencias Disociativas
Dissociative Experiences Scale (D.E.S.)
 Bernstein, E. y Putnam, F.W. (1986)

Directions

This is a questionnaire consists of twenty-eight questions about experiences that you may have in your daily life. We are interested in how often you have these experiences. It is important, however, that your answers show how often these experiences happen to you when you are not under the influence of alcohol or drugs. To answer the questions, please determine to what degree the experience described in the question applies to you and mark the line with a vertical slash at the appropriate place, as shown in the example below.

Example:

0%/..... 100%

1. Some people have the experience of driving a car and suddenly realizing that they don't remember what has happened during all or part of the trip. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

2. Some people find that sometimes they are listening to somebody talk and they suddenly realize that they did not hear part or all of what was just said. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

3. Some people have the experience of finding themselves in a place and having no idea how they got there. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

4. Some people have the experience of finding themselves dressed in clothes that they don't remember putting on. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

5. Some people have the experience of finding new things among their belongings that they do not remember buying. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

6. Some people sometimes find that they are approached by people that they do not know who call them by another name or insist that they have met them before. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

7. Some people sometimes have the experience of feeling as though they are standing next to themselves or watching themselves do something and they actually see themselves as if they were looking at another person. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

8. Some people are told that they sometimes do not recognize friends or family members. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

9. Some people find that they have no memory for some important events in their lives (for example, a wedding or graduation). Mark the line to show what percentage of the important events in your life you have no memory for.

0% 100%

10. Some people have the experience of being accused of lying when they do not think that they have lied. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

11. Some people have the experience of looking in a mirror and not recognizing themselves. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

12. Some people sometimes have the experience of feeling that other people, objects and the world around them are not real. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

13. Some people sometimes have the experience of feeling that their body does not seem to belong to them. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

14. Some people have the experience of sometimes remembering a past event so vividly that they feel as if they were reliving that event. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

15. Some people have the experience of not being sure whether things that they remember happening really did happen or whether they just dreamed them. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

16. Some people have the experience of being in a familiar place but finding it strange and unfamiliar. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

17. Some people find that when they are watching television or a movie they become so absorbed in the story that they are unaware of other events happening around them. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

18. Some people sometimes find that they become so involved in a fantasy or daydream that it feels as though it were really happening to them. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

19. Some people find that they sometimes are able to ignore pain. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

20. Some people find that they sometimes sit staring off into space, thinking of nothing, and are not aware of the passage of time. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

21. Some people some times find that when they are alone they talk out loud to themselves. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

22. Some people find that in one situation they may act so differently compared with another situation that they feel almost as if they were two different people. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

23. Some people some times find that in certain situation they are able to do things with amazing easy and spontaneity that would usually be difficult for them (for example, sports, work, social situations, etc.). Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

24. Some people sometimes find that they cannot remember whether they have done something or have just thought about doing that thing (for example, not knowing whether they have just mailed a letter or have just thought about mailing it). Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

25. Some people find evidence that they have done things that they do not remember doing. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

26. Some people sometimes find writings, drawings, or notes among their belongings that they have must done but cannot remember doing. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

27. Some people sometimes find that they hear voices inside their head that tell them to do things or comments on things that they are doing. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

28. Some people sometimes feel as if they are looking at the world through a fog so that people and objects appear far away or unclear. Mark the line to show what percentage of the time this happens to you.

0% 100%

ANEXO D

Traducción española de la Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein, E. y Putnam, F.W., 1986).

Instrucciones

Este cuestionario consta de 28 preguntas que tratan sobre experiencias que pueden ocurrir en la vida diaria. Nos gustaría conocer la frecuencia con que usted tiene estas experiencias en condiciones normales, es decir, sin encontrarse bajo los efectos del alcohol o drogas.

Para contestar las preguntas señale con un trazo vertical sobre la línea de puntos. Si no hubiera tenido nunca una de las experiencias descritas marque la línea junto al 0% en caso de que la experiencia sea continua, junto al 100%. Señale en cualquier otro caso entre el 0% y el 100%. Gracias.

Ejemplo:

0% 100%

Fecha.....Edad.....Nombre.....

1. Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un coche y de pronto se dan cuenta de que no se acuerdan de lo que pasó durante una parte o casi todo el viaje. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

2. Algunas personas se dan cuenta de que a veces, escuchando una conversación, sin querer han dejado de percibir una parte más o menos extensa de la misma. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no saber cómo llegaron hasta allí. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar que están vestidos con ropa que ellos no recuerdan haberse puesto. Marque en la línea qué porcentaje de tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar entre sus pertenencias objetos nuevos que no recuerdan haber comprado. Marque en la línea de puntos qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

6. Algunas personas a veces son abordadas por otras que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos de antes. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran de pie junto a sí mismas, separadas del cuerpo u observándose a sí mismas hacer algo "desde fuera". Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre a usted esto..

0% 100%

8. A algunas personas les dicen que en ocasiones no reconocen a amigos o familiares. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

9. Algunas personas se encuentran con que no tienen memoria de algunos eventos importantes de su vida (boda, servicio militar, etc). Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

10. Algunas personas tienen la experiencia de ser acusados de mentir y ellos estar convencidos de que no han mentido. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse en el espejo y no reconocerse. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que otras personas, objetos y el mundo que los rodea no parecen reales. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de recordar un evento del pasado tan intensamente que sienten como si el evento estuviera ocurriendo en ese momento. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si algunas cosas que ellos recuerdan sucedieron en realidad o tal vez lo soñaron. Marque en la línea indicando que porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar familiar y sin embargo encuentran el lugar extraño y desconocido. Marque en la línea indicando que porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

17. Algunas personas encuentran que cuando miran la televisión o una película, se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que ocurren a su alrededor. Marque en la línea indicando que porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

18. Algunas personas se envuelven tan profundamente en una fantasía que les parece como si estuviera ocurriendo en realidad. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

19. Algunas personas encuentran que pueden ignorar el dolor. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

20. Algunas personas se encuentran a veces mirando al vacío, ensimismados, pensando en nada, y no se dan cuenta del tiempo que pasa. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

21. Algunas personas notan que cuando están solos hablan en voz alta consigo mismos. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

22. Algunas personas encuentran que en una situación actúan de una manera tan diferente comparada con otra que sienten como si fueran dos personas diferentes. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

23. Algunas personas notan que a veces, en ciertas situaciones pueden hacer cosas - que normalmente les resultarían difíciles - con sorprendente facilidad y espontaneidad (por ejemplo deportes, trabajos, situaciones sociales, etc.). Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

24. Algunas personas a veces encuentran que no pueden recordar si hicieron algo o sólo pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si mandaron una carta o sólo pensaron en mandarla.) Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

25. Algunas personas s encuentran con la evidencia de que hicieron cosas que no recuerdan haber hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

26. Algunas personas encuentran notas y/o dibujos entre sus pertenencias que indudablemente han sido hechas por ellas, pero que no pueden recordar el haberlas hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

27. Algunas personas pueden escuchar voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o hacen comentarios sobre lo que estas personas están haciendo. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

28. Algunas personas sienten como si estuvieran viendo el mundo a través de una neblina y que las personas y los objetos parecen lejanos y poco claros. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

Instrucciones para la valoración de los resultados de la Escala de Experiencias Disociativas.

La puntuación de cada ítem se determina midiendo la distancia entre el punto 0% y la marca de 5 mm. más próxima al trazo vertical realizado por el sujeto. Esta medición se realiza con una pequeña regla. La puntuación total de la escala es la suma de todas las medidas parciales divididas por 28 (número total de ítems).

ejemplo:

0%/..... 100%

En este caso, la puntuación de este ítem sería 7.5 (5 mm. menos de la marca del sujeto, que está sobre el 8). La línea ocupa un rango de 10 cm.

ANEXO E

Item	Media	Desviación típica
1. Conduciendo un coche...	1.50	2.20
2. Escuchando conversación...	4.00	2.94
3. Estar en un lugar...	0.86	1.84
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...	0.16	0.75
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...	0.34	1.28
6. Abordados por otros...	1.10	2.17
7. Verse "desde fuera"...	0.58	1.65
8. No reconocer amigos...	0.35	1.31
9. Sin memoria de acontecimientos...	0.78	1.95
10. Acusados de mentir...	1.34	2.40
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	0.30	1.12
12. Personas y objetos no reales...	1.00	1.95
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece...	0.47	1.34
14. Recordar intensamente...	3.13	3.16
15. Recuerdos...¿reales o soñados?...	3.10	3.16
16. Lugar familiar-extraño...	1.34	2.24
17. Mirando T.V...	3.57	3.32
18. Vivir fantasía intensamente...	2.71	3.11
19. Ignorar el dolor...	1.55	3.65
20. Mirando al vacío...	3.73	5.47
21. Hablar en voz alta...	2.41	5.44
22. Actuar como 2 personas distintas...	2.49	2.91
23. Hacer cosas espontáneamente...	3.38	3.94
24. No recordar...	2.39	3.35
25. Hicieron cosas que no recuerdan ...	1.64	3.44
26. Notas y dibujos...	1.12	4.92
27. Oír voces...	1.20	2.73
28. Mundo a través de neblina...	0.72	2.55

Tabla E.1. Puntuación media y desviaciones típicas de la muestra normal (n=222).

Item	Media	Desviación típica
1. Conduciendo un coche...	0.29	1.21
2. Escuchando conversación...	3.41	3.10
3. Estar en un lugar...	1.58	2.47
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...	0.17	0.52
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...	0.82	2.09
6. Abordados por otros...	0.82	1.94
7. Verse "desde fuera"...	0.70	2.25
8. No reconocer amigos...	0.64	1.96
9. Sin memoria de acontecimientos...	2.11	2.87
10. Acusados de mentir...	4.00	3.87
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	2.82	3.39
12. Personas y objetos no reales...	1.82	2.81
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece...	1.00	2.64
14. Recordar intensamente...	2.47	3.62
15. Recuerdos... ¿reales o soñados?...	2.35	3.06
16. Lugar familiar-extraño...	2.41	3.26
17. Mirando T.V...	3.82	4.11
18. Vivir fantasía intensamente...	3.58	3.97
19. Ignorar el dolor...	2.29	3.07
20. Mirando al vacío...	3.88	3.98
21. Hablar en voz alta...	2.17	3.74
22. Actuar como 2 personas distintas...	2.52	3.89
23. Hacer cosas espontáneamente...	2.94	3.49
24. No recordar...	2.05	3.63
25. Hicieron cosas que no recuerdan ...	2.23	3.01
26. Notas y dibujos...	0.82	1.84
27. Oír voces...	3.52	3.52
28. Mundo a través de neblina...	2.23	3.27

Tabla E.2. Puntuación media y desviaciones típicas de la muestra esquizofrénica (n=17)

<i>Correlaciones</i>	Puntuación total
item 1	.36**
item 2	.59**
item 3	.36**
item 4	.26**
item 5	.40**
item 6	.37**
item 7	.39**
item 8	.46**
item 9	.41**
item 10	.50**
item 11	.25**
item 12	.56**
item 13	.45**
item 14	.65**
item 15	.68**
item 16	.60**
item 17	.60**
item 18	.55**
item 19	.40**
item 20	.53**
item 21	.34**
item 22	.53**
item 23	.50**
item 24	.56**
item 25	.48**
item 26	.27**
item 27	.56**
item 28	.42**

Tabla E.3. Correlaciones entre la puntuación obtenida en cada ítem y la puntuación total obtenida en la escala. ** $P < 0.01$. Muestra normal nº 1 ($n=222$).

<i>Correlaciones</i>	Puntuación total
item 1	-0.0
item 2	.46
item 3	.46
item 4	.42
item 5	.20
item 6	.37
item 7	-.06
item 8	.31
item 9	.49
item 10	.42
item 11	.69**
item 12	.38
item 13	.66*
item 14	.21
item 15	.58*
item 16	.87**
item 17	.68*
item 18	.81**
item 19	.34
item 20	.84**
item 21	.58*
item 22	.78**
item 23	.63*
item 24	.86**
item 25	.49
item 26	.45
item 27	.65*
item 28	.48

Tabla E.4. Correlaciones entre la puntuación obtenida en cada ítem y la puntuación total obtenida en la escala. * $p < 0.1$ ** $p < 0.01$. Muestra esquizofrénica ($n=17$).

ANEXO G

Item	Media	Desviación típica
1. Conduciendo un coche...	1.00	1.87
2. Escuchando conversación...	3.80	2.86
3. Estar en un lugar...	0.78	1.93
4. Vestidos con ropa que no recuerdan...	0.12	0.62
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...	0.33	1.07
6. Abordados por otros...	1.01	2.04
7. Verse "desde fuera"...	0.86	1.98
8. No reconocer amigos...	0.32	1.13
9. Sin memoria de acontecimientos...	0.98	2.11
10. Acusados de mentir...	1.03	2.08
11. Mirarse al espejo y no reconocerse...	0.35	1.22
12. Personas y objetos no reales...	1.18	2.38
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece...	0.57	1.76
14. Recordar intensamente...	3.40	3.23
15. Recuerdos...¿reales o soñados?...	3.32	3.10
16. Lugar familiar-extraño...	1.56	2.45
17. Mirando T.V...	3.24	3.19
18. Vivir fantasía intensamente...	2.61	3.27
19. Ignorar el dolor...	1.24	2.40
20. Mirando al vacío...	3.40	3.17
21. Hablar en voz alta...	2.56	3.06
22. Actuar como 2 personas distintas...	2.09	2.83
23. Hacer cosas espontáneamente...	3.16	2.94
24. No recordar...	2.35	2.78
25. Hicieron cosas que no recuerdan ...	1.67	2.29
26. Notas y dibujos...	1.03	2.09
27. Oír voces...	1.26	2.49
28. Mundo a través de neblina...	0.79	1.88

Tabla G.1. Puntuación media y desviaciones típicas de la muestra normal nº 2 (n=217).

<i>Correlaciones</i>	Puntuación total
item 1	.26
item 2	.41
item 3	.38
item 4	.37
item 5	.38
item 6	.38
item 7	.50
item 8	.41
item 9	.47
item 10	.55
item 11	.47
item 12	.49
item 13	.55
item 14	.59
item 15	.63
item 16	.56
item 17	.47
item 18	.67
item 19	.27
item 20	.63
item 21	.42
item 22	.58
item 23	.52
item 24	.52
item 25	.53
item 26	.51
item 27	.54
item 28	.53

Tabla G.2 Correlaciones entre la puntuación obtenida en cada ítem y la puntuación total obtenida en la escala. Muestra normal nº 2 (n=217).

ENTENIDO, EN EL DIA DE LA FECHA, EL TRIBUNAL QUE SUSCRIBE, ACORDA
SENTE TESIS DOCTORAL LA CALIFICACION DE Sobresaliente en Loude
MADRID, 10 julio 2000

EL PRESIDENTE,

EL SECRETARIO,

Mamerto Juan
PRIMER VOCAL.

FDO:

mi. Angeles Quirós

SEGUNDO VOCAL

TERCER VOCAL.

R. García Alvar

73
FDO: Antonio Vela

Rafael